BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Imprimerie de HENNUYER et Cᵉ, rue Lemercier, 24, Batignolles

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

MÉDECIN DES DISPENSAIRES, ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME TRENTE-SEPTIÈME.



PARIS.
CHEZ LE REDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1849

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA MÉTHODE EN THÉRAPEUTIQUE.

Si je prenais au sérieux toutes les pratiques ignorantes ou niaises, toutes les théories plus ou moins incomplètes, folles ou du moins bizarres, tous les procédés, raisonnés ou non, qui ont si souvent usurpé ce beau titre, il serait facile d'accumuler ici de quoi bannir à jamais de notre art toute prétention à la méthode. Depuis la secte qui s'est dite *méthodique* par excellence, parce qu'elle avait à l'avance réglé tous les traitements jour par jour, jusqu'à la *méthode numérique*, qui fait si bon marché des individus pour ne s'occuper que des chiffres abstraits, toutes nos pseudo-méthodes donneraient beau jeu à ceux qui reprochent à la médecine pratique d'être hypothétique, conjecturale ou tout au plus expérimentale. Elles nous réduiraient fort injustement à un empirisme plus ou moins adroit, à un savoir-faire plus ou moins heureux ; la médecine serait frappée d'une radicale incapacité de devenir jamais une véritable science.

Il faut convenir que notre histoire est pleine de tristes déviations au point de vue de la science, et par conséquent, de grandes causes de fautes dans la pratique. Mais, en revanche, elle nous console souvent en nous montrant tous les bienfaits de l'art, chaque fois que les véritables notions d'une méthode ont pris le dessus.

Pour établir cette double proposition, on n'a qu'à jeter un coup d'œil sur les résultats obtenus en médecine, quand les notions les plus grossières de l'état physique des corps se sont introduites dans la science sous le nom de *strictum* et de *laxum*, de froid, de chaud, de sec et

d'humide, et chaque fois que la cabale, l'alchimie, l'astronomie, la physique, la chimie, l'électricité, le magnétisme, l'électro-magnétisme ont pu nous imposer leurs idées, leurs principes, leurs règles, et même dans ces derniers temps, lorsqu'à la suite de l'anatomie pathologique on en est venu à nier toute la science active, au profit de la statistique.

C'est que, comme il arrive toujours dans le développement progressif des sciences humaines, chacune des connaissances plus ou moins sérieuses dont j'ai rappelé les prétentions, s'est posée comme principe de la médecine et a pris la place de notre méthode légitime, et qu'aucune n'a pu ni dû satisfaire aux conditions scientifiques et pratiques de notre art. La dernière de ces soi-disant méthodes devait naître dans un moment de désespoir scientifique, après la chute méritée de la méthode antiphlogistique, qui avait si sévèrement et souvent si justement condamné ses aînées. Toutes les hypothèses avaient péri devant les faits. L'anatomisme, qui regorge de faits, avait pris la place de tout le reste de la science. Nos méthodistes modernes n'ont plus voulu voir que les faits, et il faut même ajouter que les faits leur ont paru le plus souvent incomplets quand ils n'ont pas porté avec eux la sanction anatomique. On a fait un crime au médecin de raisonner, et les abus de l'imagination ont paru si dangereux à cette école, qu'elle n'a plus voulu permettre autre chose que l'usage immédiat des sens, avec l'addition et la soustraction tout au plus. Ce procédé, décoré du nom de méthode, qui découvrirait de grandes lois statistiques s'il était appliqué *invariablement à tous les faits, à toutes les circonstances des faits, pendant des temps fort longs et dans tous les lieux*, fournirait peut-être, avec toutes ces conditions remplies, une bonne base pour comparer les faits purs avec ceux que *dénature* le raisonnement humain. Mais je ne peux pas le prendre comme méthode en médecine, parce qu'il ne me fournit aucun renseignement pratique pour un cas donné, même quand cette pseudo-méthode aurait été appliquée sur la plus grande échelle. A plus forte raison est-il condamné à la stérilité, dans les applications excessivement restreintes qui en peuvent être tentées. Je me bornerai à invoquer en preuve la pauvreté thérapeutique des meilleurs livres écrits sous son inspiration.

Quant à la véritable méthode, celle qu'avait entrevue le génie d'Hippocrate et qu'il avait résumée en deux mots, αρχη και οδος, elle me paraît à la fois plus vraie, plus simple et plus utile. Voici comme je la conçois et comme je prouve ma seconde proposition :

La méthode de la médecine, c'est-à-dire de la thérapeutique, qui en est la cause finale, doit être envisagée d'une manière assez large pour réunir, à la fois, tous les éléments du savoir en ce qui regarde le corps

vivant, et pour les utiliser dans le traitement des malades. La véritable méthode en thérapeutique consistera donc à saisir les faits propres au corps humain partout où ils se trouvent, et à les classer, à les organiser au point de vue de l'utilité qu'ils peuvent avoir pour l'art de guérir. En d'autres termes, la méthode sera la science des modifications naturelles et artificielles de toutes les fonctions et de l'à-propos avec lequel le médecin peut intervenir pour passer de l'ordre physiologique, maladie, à l'ordre physiologique, santé. Pour cela il ne s'agit pas seulement d'un procédé, d'une déduction théorique, d'une conséquence *à posteriori*, mais d'une action médicale préparée, combinée en vue d'un résultat prévu, d'une modification utile, appréciée à l'avance d'après des connaissances acquises dans toutes les conditions de la santé et de la maladie.

La meilleure méthode fera sans contredit la meilleure médecine, et, en particulier, la meilleure thérapeutique.

Pour en arriver là, il me semble qu'il faut distinguer dans notre science deux choses par lesquelles les hommes de l'art se révèlent utilement, l'initiation au progrès, l'application à un cas donné de la science connue.

Une méthode sévère et complète me paraît également applicable à ce double point de vue.

S'agit-il d'une initiation au progrès dans l'ordre thérapeutique qui nous intéresse spécialement ici, cette initiation sera toujours incomplète et dangereuse, si elle se fait sans satisfaire à toutes les conditions d'une bonne méthode physiologique : la constatation d'un fait, la comparaison du fait par ses analogies les plus importantes avec tous les autres faits qui lui ressemblent, la rigueur dans les conclusions qu'on en peut tirer pour toutes les applications dont il est capable.

Éclaircissons ceci par quelques exemples :

Pour bien traiter les affections intermittentes, ne faut-il pas : 1° constater la réalité d'une puissance antipériodique dans certains médicaments ; 2° établir la parfaite analogie de certaines affections intermittentes ; 3° en conclure à propos l'application opportune du remède pour chaque cas dans lequel il sera applicable ? C'est ce que nous faisons tous les jours, quand nous rassemblons les faits qui prouvent la propriété des préparations de quinine ou d'arsenic contre les affections périodiques ; quand nous étudions toutes les conditions analogues, tous les rapports qui lient entre elles toutes les maladies qu'on peut réunir légitimement sous le même empire, tous les détails des moyens adjuvants, des observations partielles qui nous aident dans l'administration du médicament ; quand enfin nous arrivons, dans un des cas donnés, à

conclure avec certitude que nous ferons bien d'user de ces moyens, quand et comment nous devons les appliquer au malade qui se présente.

Ce que je viens de dire d'un moyen empirique que nous avons appris à employer méthodiquement s'applique aussi bien à tout autre agent révélé par l'empirisme et régularisé par la science; tels sont les mercuriaux, et surtout les combinaisons de mercure et d'iode contre la syphilis, l'acide arsénieux contre les affections syphilitiques invétérées, les baumes et les résines contre la phlegmorrhagie des membranes muqueuses, le colchique contre la goutte, le sulfate de quinine à hautes doses, le tartre stibié, suivant le procédé Rasori contre certaines formes de phlegmasies, les narcotiques contre la perception de la douleur. — J'en pourrais citer encore bien d'autres exemples.

Dans tous ces cas, quoi qu'on ait dit contre son impuissance, notre science possède tous les éléments d'une excellente méthode. Le fait est acquis, toutes les conditions utiles du fait sont connues, l'application méthodique est toujours rationnelle, presque toujours possible, et le plus souvent heureuse.

Prenons un autre exemple :

Une femme pubère, jeune, non enceinte, est mal réglée, ou bien elle a des pertes sanguines excessives pour la fréquence et la durée, en même temps elle éprouve mille accidents nerveux; elle s'étiole, dépérit et succombera peut-être, si on ne la secourt pas méthodiquement.

Une bonne méthode scientifique a fait voir que, dans certains cas semblables, le sang manque de quelques-uns de ses éléments. Par une action thérapeutique méthodique, on fait alors passer et de la fibrine et du fer par la fonction digestive; on prend soin en même temps de calmer par des narcotiques convenables le système nerveux, de rendre, par la magnésie, la chaux, les amers appropriés, la digestion plus facile et plus active; on utilise les forces et on les augmente de toutes manières par les exercices supportables, et on arrive ainsi à remédier à des maux en apparence très-divers, qui dérivaient d'une seule et même origine, la chlorose. Le fer, emménagogue là où les règles manquaient, devient au contraire un modérateur du flux périodique là où elles étaient en excès, et guérit les névralgies et les névroses, en attaquant directement la cause de tous ces maux. La chaux, qui aurait dérangé une digestion où manquaient les acides, facilite celle où ces éléments se rencontrent en excès; la magnésie, qui aura le même avantage, mais qui nuirait si les excrétions alvines étaient trop abondantes, deviendra doublement utile, si les évacuations sont rares et laborieuses. L'un et l'autre feront supporter le fer et calmeront les douleurs causées

par l'hypersécrétion acide ; s'ils n'y suffisent pas, quelque addition de narcotique dans le régime alimentaire y suppléera.

Tout cela, pour le médecin qui sait reconnaître tous les éléments du fait, qui sait les dégager des circonstances semblables, mais issues d'une autre origine, qui sait conclure pour l'application d'un traitement, constituera une méthode. Il y aura dans ce cas emploi raisonné des moyens indiqués par la connaissance de la physiologie pathologique et thérapeutique, dans une maladie dont tous les éléments sont connus. Ce n'est plus une méthode pour user, comme tout à l'heure, d'une découverte due au hasard ; la méthode thérapeutique se compose logiquement d'une série de déductions scientifiques de faits connus et comparés.

D'autres exemples montreraient encore sous un jour plus clair, s'il est possible, la méthode en thérapeutique de progrès.

Un malheureux a avalé un poison quel qu'il soit. Peut-on voir autre chose qu'une méthode scientifique parfaite dans l'action de l'homme de l'art qui fait rejeter, s'il en est temps encore, la plus grande partie du poison ; qui trouve dans les propriétés chimiques de certains corps le moyen de rendre inerte la partie du poison qui existe encore dans les premières voies de la digestion ; qui utilise ses connaissances physiologiques, soit pour provoquer l'expulsion la plus prompte et la plus innocente possible de tout le poison passé dans les secondes voies, ou même dans la circulation, soit pour fournir au système nerveux une force supplémentaire capable de défendre l'organisme contre l'impression destructive dont il est menacé? N'est-ce pas ce que la médecine du progrès a réalisé contre une infinité d'empoisonnements, et ce qu'elle a formulé en lois, quand elle conseille les moyens divers qui font vomir sans offenser, qu'elle institue la science des contre-poisons, surtout contre les poisons minéraux, qu'elle utilise, surtout contre les poisons végétaux, les substances végétales de propriétés toutes contraires ; enfin quand elle provoque, par tous les agents inoffensifs, les évacuations éliminatoires, surtout par les selles et les urines ?

Telle est la méthode de la thérapeutique entre les mains des expérimentateurs qui font progresser la science. En toute chose, ils constatent le fait, ils rassemblent, ils composent, ils analysent toutes les circonstances du fait, et ces conditions remplies, ils se livrent méthodiquement à une application raisonnée pour les cas semblables. La manière de procéder sera toujours la même pour eux, parce qu'une méthode seule leur donne une garantie sérieuse qu'il faut de la science. C'est à ce caractère que se reconnaissent tous les progrès de la médecine et de la thérapeutique modernes.

Je répéterai toujours qu'Hippocrate et les sages qui l'ont imité avaient entrevu le principe et la voie; aux modernes seulement les faits sont venus fournir le troisième élément qui manquait aux pères de la science.

Mais il ne s'agit plus de démontrer, il faut pratiquer. La médecine est une science d'application usuelle et quotidienne. C'est un art généralement nécessaire.

Certes, il serait douloureux de penser qu'un pareil art exigeât de tous ses adeptes le génie des découvertes ou même seulement le génie de l'application. Il me semble qu'il n'y a pas nécessité d'admettre pour la pratique de la médecine des qualités d'esprit si ambitieuses. Et j'avoue que je suis heureux de penser qu'une bonne méthode y suffit dans presque tous les cas.

De quoi s'agit-il en effet pour la pratique de la thérapeutique? de bien établir les indications du ou des remèdes, c'est-à-dire de bien connaître l'état de son malade, les propriétés des moyens applicables comme agents de guérison, et de bien saisir le rapport utile à établir entre le malade et le moyen curatif.

Est-ce que chacune de ces parties de notre science n'est pas riche de faits innombrables? Est-ce que chacune n'est pas explorée tous les jours par les meilleurs esprits et communiquée à tous avec empressement? Est-ce que la méthode scientifique la plus rigoureuse ne préside pas toujours et partout à l'étude des fonctions de l'homme en santé et en maladie, c'est-à-dire à la connaissance de toute la physiologie et de toute la pathologie? Est-ce que les études cliniques n'enseignent pas partout à saisir les rapports qu'en médecine pratique il faut continuellement établir entre l'homme sain, l'homme malade et le remède?

L'homme sain, étudié dans toutes les circonstances de la vie, est comme le *substratum* sur lequel le médecin aura toujours à opérer; c'est l'idéal sur lequel il doit tendre sans cesse et conduire le patient qui l'a pris pour guide. C'est à l'aide des fonctions s'exerçant encore comme dans la santé, à l'aide de cette puissance innée qui nous ramène vers la santé aussitôt qu'ont été levés les obstacles créés par la maladie, que le médecin peut seulement arriver à son but.

De là, comme premier élément d'une bonne méthode en thérapeutique, la connaissance complète de la physiologie, et surtout de la physiologie pathologique. On trouve là, et là seulement, le secret et l'action de cette puissance médiatrice dont nous sommes journellement appelés à nous faire les serviteurs, dont nous avons quelquefois le bonheur de nous montrer les interprètes.

Posons donc, en premier principe, que la méthode en thérapeutique

exige, avant tout, de profondes connaissances en physiologie, puis la science des maladies, non-seulement au point de vue des symptômes, des désordres matériels et de la marche individuelle, mais encore et surtout au point de vue des réactions sur toutes les fonctions saines et morbides.

Arrivé là, l'homme de science ne serait encore qu'un naturaliste, observateur plus ou moins complet ; il s'agit d'en faire un médecin. C'est alors que commence la science des indications ; et cette science a aussi sa méthode.

Elle procède comme les antres.

Elle connaît les actions diverses qui peuvent s'exercer sur le corps humain en santé et en maladie, soit par les agents médicamenteux, soit par les moyens de l'hygiène, soit par les applications chirurgicales. Tout enseignement de thérapeutique complet a répandu ces notions, sinon d'une manière absolue, puisqu'il n'y a rien d'absolu dans les connaissances humaines, au moins d'une manière déjà satisfaisante. C'est cette connaissance générale qu'il faut mettre au service du malade auprès duquel le praticien est appelé.

Et pour cela, la méthode est encore aussi nécessaire que dans tout le reste de notre science.

Le malade dans l'ensemble de la maladie, ou même dans certains moments, offre-t-il des caractères physiologiques suffisants pour faire reconnaître quelque trouble chimique ou purement physique dans quelqu'une de ses fonctions importantes, comme la respiration, la digestion, la calorification, les sécrétions excrémentitielles, la composition, la décomposition des humeurs, etc.? les études préalables du médecin lui ont appris à trouver dans les sciences adjuvantes de la médecine les moyens nécessaires pour remplir ces indications, en même temps que son habitude de raisonner méthodiquement sur l'ensemble et sur les détails de la maladie ou plutôt des fonctions du malade le prémunit contre l'abus qu'il pourrait être tenté de faire de la chimie, de la physique, etc.

Supposons un autre cas ; il s'agit d'un désordre de pure physiologie pathologique, par exemple d'altération du sang en quantité ou en qualité, d'un désordre matériel dans certains organes, etc. La méthode aura exigé du praticien qu'il se soit d'abord mis bien au courant des modifications progressives du mal, des changements qu'il subit sous l'influence des agents de physiologie thérapeutique dont il dispose. Toutes les indications thérapeutiques dériveront méthodiquement de cette double connaissance.

Enfin, il arrive encore que, sachant bien matériellement la maladie,

nous ignorons tout à fait sa nature intime. C'est ce qui arrive, par exemple, pour beaucoup de névroses, pour les affections périodiques, syphilitiques, etc. Mais, dans beaucoup de ces affections, nous avons le bonheur, à défaut de la nature intime du mal, de connaître un bon remède. La méthode devient des plus simples, des plus rationnelles. Il faut même ajouter que ces cas sont les plus heureux pour la pratique.

L'étude méthodique des propriétés du remède, du moment de l'appliquer, du procédé d'administration à préférer, de la dose à employer, de la durée suffisante de la médication, et en même temps de la tolérance que peut offrir le malade, devient le point principal des recherches du médecin.

Dans ces exemples, qui comprennent presque tous les faits individuels de la pratique moderne, j'ai voulu montrer sous sa triple face la méthode telle que je la comprends pour la thérapeutique. Ce n'est ni de l'empirisme, ni du rationalisme pur, encore moins de la physique, de la chimie, de la botanique ou de la droguerie; mais une véritable synthèse de tous les éléments de physiologie et d'expérimentation réunis pour la guérison des malades.

Toute thérapeutique qui ne remplit pas ces conditions est à mes yeux de l'empirisme aveugle, de la routine, ou de la mode plus ou moins désintéressée. Celle-là seule qui est toujours méthodique me paraît la vraie, la bonne ; elle ne dévie jamais de son principe, ne repousse aucun progrès, et ne manque jamais de s'enrichir toutes les fois que les sciences parallèles acquièrent de nouveaux faits.

Docteur S. Sandras.

DE LA CONTAGION DU CHOLÉRA.

Avant que le choléra se répandît en Europe, en 1832, plusieurs médecins, se préoccupant du mode de propagation de cette maladie, n'avaient point hésité à affirmer sa nature contagieuse : mais quand nous pûmes observer directement la marche du fléau, en suivre le développement, l'idée de contagion fut presque universellement rejetée. Voilà que maintenant cette question est posée de nouveau, et résolue affirmativement par quelques-uns. Quand une telle question est posée en face même du fléau qui décime les populations, elle demande une solution immédiate, et c'est un devoir pour tous de concourir à cette solution en exposant les faits qui peuvent la préparer.

Qu'on nous permette tout d'abord une simple remarque philosophique : parmi les quelques hommes qui, dans ce dernier temps, se sont posés comme les champions de la contagion du choléra, il ne faut point oublier que plusieurs, deux au moins, avaient émis cette idée avant même

d'avoir observé directement la marche de la maladie, avant la grande invasion de 1832 ; c'était du pressentiment, de l'*à priori ;* ce n'était point un résultat de l'application d'une méthode logique, sévère. Cette observation n'est pas complétement sans valeur, car l'expérience a démontré que, quand quelques esprits ont ainsi pris parti dans une question avant qu'ils eussent entre les mains les éléments logiques de sa solution, pour peu que cette question se prêtât à la controverse, ils conservaient une tendance à maintenir la solution vers laquelle ils avaient incliné tout d'abord : c'est quelquefois de la paresse d'esprit, c'est quelquefois une trop grande confiance dans l'infaillibilité de ses propres vues. Cette remarque générale faite, et sans prétendre à l'appliquer aux hommes, distingués d'ailleurs, dont les affirmations un peu trop explicites l'ont provoquée, nous allons passer à la discussion même de la question.

Toutes les fois que la question de contagion est posée à propos d'une maladie, deux ordres de faits doivent être produits, les faits positifs et les faits négatifs ; ces faits se contrôlent les uns les autres, et déterminent leur valeur réciproque. Parmi les faits positifs qui ont été cités pour démontrer la nature contagieuse du choléra, il en est un bon nombre, il faut le reconnaître tout d'abord, qui ont été mal observés, et qu'une observation plus attentive a démontré n'avoir pas la signification qu'on leur avait primitivement donnée. C'est ainsi que dans l'épidémie actuelle, alors qu'elle sévissait en Russie, on a positivement affirmé que cette maladie avait été importée dans l'intérieur de l'empire par le déplacement d'un détachement de cent cinquante hommes partis des bords de la mer Caspienne, où ce mal régnait, pour aller à Petigovsk prendre des bains sulfureux. Or, M. Contour a soumis ces assertions à une discussion sévère ; il a interrogé lui aussi les faits, et il est resté démontré pour lui que la maladie régnait en Russie, dans les lieux mêmes que ces troupes traversèrent, trois semaines au moins avant qu'elles eussent atteint le but de leur voyage. Nous rappelons cette observation, qui certes n'est pas unique dans la science, parce que nous sommes en mesure de citer un fait analogue, et qui n'a pas une moindre authenticité. En 1832, la petite ville de Montmirail, dans le département de la Marne, a été cruellement frappée par le choléra : là de fréquents passages de troupes ont lieu dans les changements de garnison. Vers la fin d'avril, quelques militaires sont admis à l'hôpital, venant de Paris : l'un d'eux est atteint du choléra et succombe : quelques jours après, la maladie se déclare dans le pays, et y exerce d'affreux ravages. Là, comme en Russie, on n'hésite pas à affirmer la nature contagieuse du choléra, et à placer la source du mal dans le malheureux soldat qui avait suc-

combé quelques jours auparavant à l'Hôtel-Dieu. Comme M. Contour l'a fait dans son voyage en Russie, nous avons interrogé les faits, et il est resté démontré pour nous que, là aussi, les populations alarmées avaient vu la contagion où elle n'était pas, car, plusieurs semaines avant que le malade dont nous venons de parler succombât à l'hôpital, il y avait eu dans la ville deux cas de choléra, qui s'étaient rapidement terminés par la mort.

On a encore cité des faits qui semblent établir plus positivement la transmission directe de la maladie d'un individu à un autre, en se propageant aussi de proche en proche par un contact successif. Nous ne rappellerons pas les faits qui ont été transmis dernièrement à l'Académie de médecine, et qui ont pour but d'établir cette transmission directe. Ces faits, bien qu'ils méritent certainement de fixer l'attention, n'ont peut-être pas été suffisamment étudiés dans leur corrélation possible avec l'influence épidémique ne s'étant encore qu'incomplétement manifestée. Qu'on nous permette un fait de cet ordre qui a été recueilli par M. Contour, et qu'a cité, dans sa monographie, M. le docteur Amb. Tardieu; voici ce fait : dans un village du gouvernement de Tchernigov, du 30 au 31 août 1847, une jeune fille tombe malade, et meurt dans la nuit. Le jour de l'enterrement, son frère, à la suite de quelques excès, est atteint du choléra, et succombe en vingt-quatre heures. Le père de ces deux jeunes gens ne tarde pas à les suivre, et il est emporté trois jours après son fils. Une femme qui a donné des soins à cette famille meurt le lendemain; et, deux jours plus tard, le mari de cette femme a le même sort. A partir de ce jour-là seulement, l'épidémie se répand dans la province. Certes, voilà un fait bien tranché, bien dégagé de toute complication, et qui semble prouver la nature contagieuse du choléra. Cependant, nous l'avouerons, ce fait n'a pas pour nous la haute signification qu'on serait porté à lui attribuer tout d'abord. Commençons par faire observer qu'il est vraisemblable que le savant médecin voyageur n'a pas observé lui-même ces faits : nous ne supposons pas, en effet, que pour remplir la mission dont il était chargé, il se soit établi dans un village du gouvernement de Tchernigov : ce fait, il ne le tient que de seconde main, et probablement de quelque médecin russe qui ne mettait pas en doute la contagion du choléra. D'un autre côté, M. Contour dit que c'est à partir seulement du jour où la maladie s'est ainsi propagée dans ce village, qu'elle s'est répandue dans le reste de la province ; c'est encore une assertion que M. Contour a dû tout simplement accepter, car nous doutons qu'il ait pu par lui-même observer directement. Remarquez, d'ailleurs, que telle est la marche insidieuse de cette redoutable épidémie, que dans

une foule de lieux où elle sévit, elle n'a d'abord révélé sa présence que par le développement de quelques cas isolés ; puis, tout à coup, elle agit avec plus d'intensité, et frappe un plus ou moins grand nombre de victimes. Il en a dû être à cet égard en Russie comme en France, comme en Angleterre, comme en Allemagne. Or, quelque activité que M. Contour ait apportée dans son observation, quelque zèle qu'il ait mis à recueillir ses renseignements, nous doutons qu'il soit parfaitement en droit d'affirmer que nulle part, dans la province étendue de Tchernigov, l'influence épidémique ne s'était fait sentir avant le développement des cas qu'il vient de rapporter.

M. Contour, pas plus que M. Tardieu qui le cite, n'admet cependant la contagion absolue du choléra : mais ces deux médecins estiment que les maladies épidémiques peuvent devenir accidentellement contagieuses. Quant à nous, nous l'avouerons, nous aurions grande répugnance à admettre ce point de doctrine. L'élément *contagion*, quand il se rencontre dans une maladie, en est un élément essentiel, et nous ne concevons pas plus que la maladie perde cet élément, que nous ne concevons qu'elle l'acquière accidentellement. C'est en raisonnant ainsi qu'on a cherché à concilier les faits péremptoires qui établissent la non contagion de la fièvre typhoïde, et quelques faits, observés dans les petites localités, qui tendraient à faire considérer cette maladie comme contagieuse. En matière de fièvre typhoïde comme en matière de choléra, nous croyons cette doctrine complétement inacceptable. Dans l'un et l'autre cas, les faits qui semblent militer en faveur de la contagion sont des faits dans lesquels l'influence épidémique agit sur des individus placés dans des conditions identiques, et c'est cette identité dans l'aptitude morbide, méconnue, qui fait croire à la transmission directe du mal.

Si donc il est une chose parfaitement démontrée pour nous dans cette question, c'est que les faits que l'on a cités en faveur de la contagion du choléra sont souvent des faits incomplétement observés, et que ceux-là mêmes qui semblent les plus probants en faveur de cette thèse, sont loin d'être à l'abri de toute controverse. En peut-on dire autant des faits sur lesquels s'appuient les médecins qui ne voient dans le choléra qu'une maladie épidémique, et qui en nient d'une manière absolue la nature contagieuse? Nous ne le pensons pas. Nous ne passerons pas en revue tous les arguments qu'on a fait valoir en faveur de cette doctrine : ils sont dans l'esprit de tous. Nous ne rappellerons ici qu'un de ces arguments, mais contre lequel aucune argutie ne saurait prévaloir ; nous voulons parler du peu d'action que le choléra exerce sur les médecins qui ont des rapports si fréquents avec les ma-

lades, sur les prêtres qui ont toujours avec eux un contact plus prolongé encore. Le nombre de médecins atteints n'a pas été proportionnellement plus considérable que dans les autres classes de la société. Dans quelques pays même, il semble que le contact direct avec les malades ait assuré une sorte d'immunité à ceux que les devoirs de leur profession soumettaient à la nécessité de ces rapports. C'est ainsi qu'à Revel, sur cent treize individus attachés au service de l'hôpital, deux seulement ont été atteints, un infirmier et une infirmière. A Saint-Pétersbourg, sur cinquante-huit employés de l'hôpital temporaire de l'Amirauté, on en a vu un seul pris de la maladie pour avoir pris, ayant chaud, une boisson froide : il guérit. Enfin, au rapport de M. le docteur Mac-Léon, sur deux cent cinquante à trois cents officiers de santé au Bengale, trois seulement furent atteints, et un seul succomba. C'est en vain qu'on opposerait à ces faits des faits d'un autre ordre, qu'on a pu observer dans ces derniers temps ; ces faits ne sauraient prévaloir contre les premiers, qui ont une signification absolue, inattaquable.

Nous avons parlé précédemment des faits en apparence beaucoup plus probants, et sur lesquels on s'appuie pour affirmer la nature contagieuse du choléra, et nous avons vu que ces faits, quand ils sont soumis à la coupelle d'une critique sévère, s'évanouissent souvent, ou au moins sont peu constatés. C'est à cet ordre de faits que nous voulons encore opposer des faits complétement négatifs, et qui doivent ôter aux premiers ce qu'ils pourraient en apparence conserver de valeur. M. Monneret, dont tout le monde apprécie le talent d'observation, rappelle que l'an dernier le choléra exerça à la Mecque d'affreux ravages. Or, il affirme que les Musulmans s'étant éloignés après avoir fait là leurs dévotions, la maladie ne se déclara chez aucun des peuples placés sur la route de la première caravane, non plus que dans les villes que regagnèrent les pèlerins. Si nous citons ce fait de préférence à une foule d'autres qui sont inscrits dans l'histoire du choléra, c'est qu'il ne s'agit point là d'individus isolés, mais de masses d'hommes présentant une grande variété d'aptitudes morbides, et qu'on ne peut supposer être tous inaptes à transporter le germe morbide, le germe contagieux. Que signifie, en présence de ces faits, quelques faits isolés qu'on a rapportés dans ces derniers temps pour établir la thèse contraire à celle que nous soutenons ici? Ils ne prouvent, suivant nous, rien de plus qu'une simple coïncidence fortuite entre le développement de l'épidémie dans une localité, et la présence dans cette localité d'individus sortant d'un foyer plus ou moins éloigné, et touchés là peut-être par la cause morbide. Qu'on nous permette de citer à notre tour deux faits du même ordre, mais où cette coïncidence a

manqué, et où la maladie s'est bornée aux individus qui avaient été soumis ailleurs à l'influence épidémique. Le 14 mai dernier, le nommé Varin, soldat du 53e régiment d'infanterie de ligne, arrive à Montmirail. Ce militaire, en garnison à Paris, y avait été atteint, au commencement du printemps, d'une pleurésie avec épanchement. Il fut admis pour cette maladie à l'hôpital du Gros-Caillou. Sorti de là après y avoir séjourné pendant trois semaines environ, il dut rejoindre son régiment qui avait quitté Paris, en voyageant isolément. Jusqu'à La Ferté-sous-Jouarre, qui est à trois étapes de Paris, Varin allait bien; mais parti de ce dernier pays pour Montmirail, il fut pris en route de vomissements et de déjections alvines abondantes. Il acheva cependant son étape, et arriva le soir dans cette petite ville, où il fut immédiatement admis à l'hôpital. Voici l'état dans lequel nous le trouvâmes. Facies profondément décomposé, yeux comme vitrés et enfoncés profondément dans leur orbite; peau froide, comme macérée et ayant perdu toute son élasticité. Voix presque éteinte; intelligence intacte. Les vomissements ne sont plus aussi fréquents qu'ils l'ont été; il en est de même des évacuations alvines; mais les uns comme les autres ont le caractère franchement cholérique. Les urines sont supprimées. Nous prescrivîmes sur-le-champ d'envelopper le malade dans des couvertures de laine, d'entourer les membres de sinapismes, et de lui faire boire, toutes les deux ou trois minutes, une petite quantité d'une infusion de menthe légèrement alcoolisée. La nuit se passa sans amendement notable dans la position du malade. Bien que nous ayons constaté alors les mêmes symptômes que la veille, Varin paraît cependant moins inquiet. On insiste sur les mêmes moyens. Dans l'après-midi, le pouls se fait un peu sentir, la peau est moins froide. Enfin, le troisième jour la réaction est complète, et s'accompagne de sueurs surabondantes. Mais le résultat le plus tranché de cette réaction est une miction extrêmement abondante. Le malade rend dans la nuit plus de deux litres d'urine, et cette urine est trouble, mais sans dépôt notable. Je fais nourrir immédiatement le malade, il prend de loin en loin quelques cuillerées de bouillon froid. Bientôt un nouvel accident se déclare; le malade est constamment en somnolence; un bain de pieds extrêmement chaud, des sinapismes promenés sur les membres inférieurs concourent, avec la diurèse qui continue, à dissiper ces symptômes inquiétants. La convalescence marcha rapidement, et Varin quitta l'hôpital, après y avoir séjourné pendant dix jours, dans un état de santé parfaite.

Quinze jours environ après avoir observé ce cas, nous sommes appelé auprès d'un pauvre enfant allemand, qui émigre, avec une partie

des habitants de son village, aux Etats-Unis. Cet enfant, d'après le rapport qui nous en est fait, a éprouvé tous les accidents du choléra, la veille du jour où il arriva à Montmirail. Lorsque nous l'observons, il va mieux déjà, au dire des parents ; mais la peau n'a encore que peu de chaleur, et le pouls est filiforme. Les déjections alvines et les vomissements continuent. Les mêmes moyens que précédemment sont employés ; nous n'en savons pas le résultat définitif, car le pauvre enfant a dû suivre la caravane dont il fait partie. Pourtant il est vraisemblable que les progrès du mal s'étaient arrêtés et qu'il a guéri.

Voici donc deux malades évidemment atteints de choléra, qui arrivent au milieu d'une population parfaitement saine, qui se mêlent à cette population, sans qu'aucune espèce d'entraves soit mise à leurs rapports avec elle. Or, qu'est-il arrivé de ce contact ? Rien. Voilà bientôt un mois que Varin a séjourné pendant dix jours au milieu des malades de l'hôpital, au milieu d'une foule de personnes qui fréquentent cet hôpital ; voilà un peu moins de temps que le second malade passa et séjourna au milieu de nous, et depuis lors pas un seul cas de choléra ne s'est présenté ! On ne serait point admis à dire que les conditions générales, heureuses, de la localité, ont peut-être mis la population à l'abri de la maladie ; car, nous le répétons, en 1832, celle-ci y fit d'affreux ravages. Et puis, quelles conditions mettent donc à l'abri d'un fléau qui semble vivre et prospérer dans les conditions les plus opposées en apparence ? Non, là n'est point la cause de l'immunité dont le pays dont je viens de parler a joui jusqu'ici ; si le choléra ne l'a point encore frappé, c'est que le choléra n'est point contagieux, mais épidémique, et que l'épidémie ne l'a point encore touché.

Nous ne pousserons pas plus loin ces réflexions ; bien qu'elles empruntent leur plus grande valeur aux faits nombreux rapportés par les auteurs qui se sont occupés de la question de la contagion, les quelques faits que nous y avons ajoutés ne sont peut-être pas non plus dépourvus de signification. Peut-être la publication de ces faits provoquera-t-elle la publication de faits du même ordre ; nous en exprimons, en finissant, le désir, dans l'intérêt de la solution d'une des questions les plus graves qui se puissent poser aujourd'hui.

M. S.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'INFLUENCE DE LA SAIGNÉE ET D'UN RÉGIME DÉBILITANT SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT PENDANT LA VIE INTRA-UTÉRINE. — UTILITÉ DE CETTE MÉTHODE DANS CERTAINS VICES DE CONFORMATION DU BASSIN.

Par le docteur Depaul, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ancien chef de Clinique d'accouchement de la Faculté, etc.

De toutes les conditions qui peuvent troubler la marche naturelle de l'accouchement, il n'en est pas qui méritent un plus sérieux examen que celles qui consistent dans une étroitesse du canal osseux que le fœtus doit traverser ; aussi ne doit-on pas être surpris de voir qu'aux différentes époques de la science, des efforts ont été tentés pour surmonter les difficultés qui en sont la conséquence. Mon but n'est pas de retracer ici les différentes opérations qui ont été conseillées, et qui ont dû nécessairement varier suivant le degré de rétrécissement ; je me contenterai de dire que, dans l'état actuel de la science, on peut en former trois groupes bien distincts suivant le but essentiel que chacune d'elles doit faire atteindre.

Tantôt, en effet, on s'est proposé de frayer au fœtus une voie artificielle ; de là l'opération césarienne avec ses différents procédés, opération tellement fâcheuse dans ses résultats pour la mère, qu'à l'époque où nous sommes il est peu de praticiens qui se décident à la pratiquer, alors qu'elle n'est pas la seule ressource dont ils puissent disposer.

Tantôt, au contraire, c'est en s'adressant à l'obstacle lui-même, qu'on a voulu vaincre la difficulté, et l'idée d'agrandir le bassin a dû se présenter naturellement à l'esprit. Je ne parle pas des tentatives qui ont été faites pour arriver à ce résultat en ramollissant les symphyses, et permettant aux surfaces qui les constituent de s'écarter ; on sait aujourd'hui à quoi s'en tenir à cet égard, et personne n'oserait s'en rapporter à un semblable moyen. Je fais allusion surtout à la *symphysiotomie* et même à la *pubiotomie*, que dans ces derniers temps on a voulu lui substituer. La première de ces opérations, après avoir trouvé de zélés défenseurs et d'aussi chauds adversaires, est définitivement jugée. Ses avantages sont loin de compenser les graves inconvénients qu'elle présente, et, pour mon compte, je n'hésite pas à la repousser d'une manière absolue. Quant à la seconde, quoiqu'une expérience suffisante n'ait pas encore prononcé, les résultats obtenus dans les quel-

ques tentatives qui ont été faites et le raisonnement permettent, tout au plus, de la placer sur la même ligne.

Tantôt, enfin, c'est sur l'enfant lui-même qu'on a cherché à agir, et ici se rangent de nombreuses opérations qui, toutes, dans des circonstances déterminées et bien appréciées, peuvent être de la plus grande utilité.

Le forceps ordinaire employé comme moyen de compression, alors que l'obstacle est peu considérable, et la tête dans des conditions favorables à sa réduction.

L'embryotomie, avec toutes ses variétés, quand le rétrécissement est à un degré plus avancé, soit qu'on l'accepte seulement pour les cas où le fœtus a cessé de vivre, soit, ce qui me paraît avec raison passer de plus en plus dans la pratique des accoucheurs de notre époque, qu'on se décide à la faire intervenir alors même que, l'enfant étant vivant, il faut choisir entre une opération qui en fait le sacrifice, et une autre qui, ne le mettant pas à l'abri de tout danger, compromet dans le plus grand nombre des cas la santé et même la vie de la mère.

L'avortement provoqué pour les rétrécissements du bassin portés à l'extrême, alors qu'on n'aurait plus d'autre ressource (si la grossesse parcourait toutes ses périodes) que l'opération césarienne. Enfin, l'accouchement prématuré artificiel, conquête moderne dont l'art obstétrical peut à juste titre s'enorgueillir, et qui, employé avec une sage réserve par des mains suffisamment expérimentées, a déjà rendu et rendra encore d'éminents services.

Cette rapide énumération des principaux moyens destinés à remédier aux conséquences de certains vices de conformation du bassin conduit naturellement à cette conclusion, à savoir, que c'est parmi ceux qui s'adressent directement au fœtus, soit en le mutilant, soit en le forçant à sortir de la cavité utérine à une époque où, par son volume, il ne peut plus rencontrer d'obstacle sérieux dans son passage à travers un bassin rétréci, que se trouvent les plus nombreux et incontestablement les plus utiles.

Cependant il en est encore un qu'on peut rattacher à cette dernière catégorie, et qui consiste à modérer le développement du fœtus, de manière à ce que, tout en laissant persister ses rapports avec la mère jusqu'au terme ordinaire de la grossesse, il offre un volume beaucoup moins considérable que celui qu'il eût acquis si on n'eût pas diminué les matériaux de sa nutrition. C'est sur lui que je désire appeler l'attention des praticiens. Je dois d'ailleurs à la vérité de dire que la mienne a été éveillée sur ce point par ce que j'avais entendu autrefois dans les cours de M. le professeur Moreau, et par la manière dont, plus

récemment, il a formulé son opinion sur ce sujet dans son Traité d'accouchements (tome II, pages 330 et suivantes).

Après avoir rappelé que l'idée de prescrire un régime débilitant aux femmes enceintes dont le bassin est mal conformé avait été longtemps tournée en ridicule, et que lui-même l'avait combattue, il raconte le fait suivant qui l'a conduit à modifier sa manière de voir.

« Un jour nous fûmes appelé près d'une femme de constitution presque athlétique, qui était en travail d'enfant depuis soixante heures. Avant nous, deux accoucheurs avaient tenté inutilement l'application du forceps. A notre arrivée, nous trouvâmes cette femme frappée de convulsions, et offrant tous les symptômes d'une congestion cérébrale. Nous fîmes une large saignée du pied, qui rétablit sur-le-champ la connaissance. En pratiquant le toucher, nous reconnûmes que la tête était engagée transversalement dans l'excavation pelvienne. Nous appliquâmes aussi le forceps avec plus de succès que nos prédécesseurs, sans doute parce que ceux-ci avaient déjà vaincu la résistance qui s'opposait à la progression de la tête; en effet, cette dernière présentait un aplatissement considérable. L'enfant ne donna que des signes équivoques d'existence, et il expira malgré toutes les peines qu'on prit pour le ramener à la vie; nous nous aperçûmes bien qu'il y avait rétrécissement du bassin; mais l'état grave dans lequel la femme se trouvait nous détourna de chercher à en acquérir une notion complète. Plus tard, cette femme redevint enceinte et vécut comme elle avait fait pendant sa première grossesse. Arrivée à terme, elle nous fit appeler. Nous constatâmes que son bassin avait à peine trois pouces un quart d'étendue dans le diamètre sacro-pubien. Les douleurs furent énergiques, et le travail durant déjà depuis soixante heures, nous étions sur le point d'appliquer le forceps; mais en plaçant la personne sur un bidet, et l'exhortant à faire valoir ses douleurs, nous parvînmes à faire passer l'enfant. La compression supportée par la tête fut telle, qu'elle offrait une escarre sur chaque bosse pariétale. L'enfant fut rappelé avec peine à la vie. Nous prévînmes la femme que si on ne parvenait pas à rendre ses enfants moins volumineux pendant ses grossesses futures, il pourrait se faire qu'on fût obligé de pratiquer la section de la symphyse du pubis, et nous lui recommandâmes de nous avertir aussitôt qu'elle redeviendrait enceinte, ce qu'elle fit en effet. Nous la soumîmes à un régime extrêmement sévère et lui pratiquâmes plusieurs saignées; sa grossesse étant à terme, un aide que nous avions laissé près d'elle, voyant la dilatation fort peu avancée, et se fiant d'ailleurs aux antécédants, crut pouvoir s'absenter pendant quelques heures; mais sa surprise fut grande, en rentrant, de voir que l'accouchement s'était terminé tout naturellement; l'enfant était petit en comparaison de ceux qui l'avaient précédé, et il ne mourut point. Pendant une grossesse subséquente, la femme ne suivit aucun régime. L'enfant, très-volumineux, ne put s'engager; on essaya vainement l'application du forceps, et il fallut recourir à l'embryotomie, qui fut fatale à la mère et à l'enfant. »

M. Moreau ajoute que ce fait n'est pas le seul qu'il pourrait citer; il déclare en avoir recueilli plusieurs autres qui parlent dans le même sens. Il pense d'ailleurs que le régime ne peut avoir quelques chances

de succès que pour les cas où le diamètre antéro-postérieur du bassin ne serait pas inférieur à trois pouces un quart, ou tout au plus trois pouces, et que si le rétrécissement était porté plus loin, ce moyen ne pourrait servir qu'à titre d'auxiliaire.

N'a-t-on pas lieu de s'étonner, après avoir lu l'observation qui précède, et quand on songe surtout qu'elle est due à l'une de nos autorités obstétricales, de l'oubli dans lequel a été laissé le moyen qui fait l'objet de ce Mémoire?

Les traités d'accouchement les plus modernes gardent un silence absolu à cet égard. Quant à moi, j'en avais été vivement impressionné, et je m'étais bien promis de soumettre son efficacité à la sanction d'une nouvelle expérience. J'étais soutenu d'ailleurs dans cette détermination par ce que j'avais souvent observé à la campagne, où il est généralement admis par ceux qui s'occupent d'élever des bestiaux, qu'un des moyens de les avoir forts et vigoureux au moment de la naissance, consiste à nourrir abondamment les mères pendant la gestation. Nos paysans savent à merveille que pendant les années difficiles, alors que les fourrages sont rares ou de mauvaise qualité, les produits sont remarquables par leur exiguïté. Tout récemment, j'ai appris de l'un des professurs les plus distingués de l'Ecole d'Alfort, M. Renaud, que ces opinions ont cours dans la médecine vétérinaire, et qu'on peut accepter comme un fait démontré l'influence de l'alimentation sur les produits de la conception.

Quelles objections raisonnables pourrait-on faire qui fussent de nature à détourner le médecin de faire l'application de ce moyen à l'espèce humaine? Parlerait-on de son inutilité en se fondant sur quelques faits que je ne conteste pas, mais qui peuvent recevoir une interprétation différente de celle qu'on leur donne? En effet, pour prouver que le régime débilitant de la mère était incapable de modérer le développement du fœtus, on a rappelé les exemples de ces femmes qui, tourmentées pendant une période plus ou moins considérable de leur grossesse par des vomissements répétés, accouchaient cependant d'enfants bien développés. Je ferai remarquer d'abord qu'on a pris l'exception pour la règle, et que rien n'est commun comme de voir ces femmes, quand les vomissements ont duré toute la grossesse, et qu'ils ont surtout porté sur les aliments, donner naissance à des enfants chétifs, offrant les traces évidentes d'un développement incomplet. J'ai souvent fait la même remarque pour des femmes qui, sans avoir présenté des troubles des fonctions digestives, vivaient dans la misère et les privations, et venaient, considérablement amaigries, faire leurs couches à la Clinique ou à la Maternité.

Mais, d'ailleurs, en y réfléchissant, conçoit-on qu'il puisse en être différemment? Ce qui est vrai, et d'ailleurs incontesté pour là vie extra-utérine, pourrait-il ne pas l'être pour la vie fœtale? N'est-ce pas dans le sang de la mère que l'enfant puise les matériaux de son développement?

Et si ce sang est appauvri ou en moindre quantité, peut-il produire les mêmes résultats? Evidemment non. Personne ne voudrait soutenir qu'une nourriture insuffisante et de mauvaise qualité soit l'équivalent d'un régime substantiel et fortement réparateur.

Et maintenant, si du raisonnement nous passons à l'observation, j'espère qu'aucun doute ne pourra plus rester dans l'esprit de quiconque cherche la vérité. On connaît déjà le fait de M. le professeur Moreau; en voici deux qui m'appartiennent, qui ont été recueillis et observés avec grand soin. Si je ne m'abuse, ils fournissent la preuve de l'utilité d'une méthode que je cherche à populariser, et qui me paraît appelée à rendre de grands services, je dirai plus tard dans quelles circonstances. Qu'on n'aille pas supposer, toutefois, que mon but est de la substituer à l'accouchement prématuré artificiel; elle est destinée à en restreindre l'emploi à certaines conditions bien déterminées, peut-être même à s'associer à lui, mais non à l'effacer du cadre des opérations obstétricales.

Ces observations répondront encore à une objection qui se présente naturellement à l'esprit, et qui déjà m'a été plusieurs fois adressée; je veux parler de la crainte qu'on pourrait avoir de nuire pour plus tard à la constitution des individus dont on aurait ainsi pendant la vie intra-utérine entravé le développement régulier. Cette question est d'ailleurs en partie jugée par les faits relatifs à l'accouchement prématuré. On sait qu'en général les enfants nés dans ces conditions, pourvu qu'on les soumette à une alimentation convenable et qu'on les entoure des soins particuliers qu'ils réclament, prennent au bout de quelques semaines un développement tout aussi considérable que s'ils fussent nés à leur terme, et que plus tard ils sont tout aussi vigoureusement organisés que si cette circonstance exceptionnelle n'eût pas signalé leur entrée dans le monde.

Nous y trouverons encore la preuve que cette méthode, sagement appliquée, n'a pas d'influence fâcheuse sur la santé future des mères, et que celles-ci, peu de temps après l'accouchement, lorsqu'une nourriture substantielle et abondante leur est rendue, reprennent leurs forces et leur embonpoint.

Obs. Ire. *Vice de conformation produit par le rachitisme. Deux accouchements laborieux, dus à cette circonstance et au volume des enfants, ayant*

exigé l'intervention de l'art. Troisième grossesse, pendant laquelle la femme est soumise à un régime débilitant, en même temps qu'on pratique de nombreuses saignées. Accouchement à terme facile et spontané, volume peu considérable de l'enfant. — Le 10 juin 1846, je fus appelé, à onze heures du matin, auprès de madame G., demeurant rue du Petit-Pont; elle recevait depuis la veille les soins de notre confrère M. Allié, et déjà plusieurs tentatives infructueuses avaient été faites pour terminer un travail qui durait depuis plus de trente heures. Je fus frappé, en examinant cette dame, de la petitesse de sa taille, et de la conformation particulière de ses membres inférieurs, qui étaient gros et courts, et qui ne présentaient pas non plus dans leur direction leur conformation normale; c'est ainsi que je pus m'assurer que la courbure du fémur était un peu exagérée, et que les crêtes des tibias étaient un peu plus saillantes que d'ordinaire. L'articulation de la colonne vertébrale avec le sacrum se faisait sous un angle moins ouvert en arrière que dans la conformation régulière, et tout le bassin exécutait pendant la marche un mouvement rotatoire très-prononcé.

J'appris, de sa mère, qu'à la suite d'une scarlatine survenue dans la première enfance, elle avait été atteinte de rachitisme, et traitée pendant longtemps pour cette affection; que les règles s'étaient établies facilement à quatorze ans; que depuis cette époque elles avaient paru régulièrement chaque mois (mais pendant deux jours seulement et en petite quantité), et que la maladie du système osseux avait complétement cessé, en laissant les traces dont j'ai parlé plus haut.

Madame G. se maria en 1843, elle était alors âgée de vingt-trois ans. Peu de temps après elle devint enceinte, et cette première grossesse, qui n'offrit rien de particulier, parvint à son terme régulier dans le courant du mois de juillet de l'année suivante. M. le docteur Allié, qui lui avait également donné des soins dans ce premier accouchement, m'a raconté que le travail dura huit jours sans interruption, exigea l'emploi du seigle ergoté, et que ce fut sous son influence qu'eut lieu la naissance d'un enfant très-volumineux, mort déjà depuis trois ou quatre jours.

Les suites de couches furent naturelles, et la malade ne tarda pas à se rétablir complétement.

Quelques mois après survint une nouvelle grossesse, qui débuta et arriva à son terme, comme la première, sans que la santé générale fût notablement troublée. Le travail se déclara le 9 juin 1846, dans la matinée, et marcha avec assez de rapidité, puisqu'au bout de quatre heures la dilatation était devenue complète. Quelque temps après, les membranes se rompirent spontanément, et il s'écoula une assez grande quantité de liquide. Cependant, la tête de l'enfant, qui, dès le début, avait été trouvée au-dessus du détroit supérieur, ne s'engagea nullement dans l'excavation pelvienne. La nuit tout entière se passa en vains efforts, et ils furent cependant remarquables par leur fréquence et leur intensité; les choses en étaient là, lorsque je fus appelé, ainsi que je l'ai dit au commencement de cette observation. Les différentes circonstances que je viens de rappeler et qui se rapportent, soit aux antécédents de Mme G., soit à son premier accouchement, les nouvelles complications qui se manifestaient dans l'accomplissement du second, tout se réunissait pour me faire soupçonner un vice de conformation du bassin, et une exploration directe ne tarda pas à me prouver qu'il en était réellement ainsi. Le bassin était évidemment plus

petit dans son ensemble qu'il ne l'est dans l'état de bonne conformation; mais ce qui dominait surtout, c'était une saillie considérable de l'angle sacro-vertébral, qui était en même temps légèrement dévié à droite. Je pus facilement mesurer avec mon doigt le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, et constater qu'il avait perdu un pouce (ou près de 3 centimètres). L'enfant étant mort, ce dont je pus m'assurer et par l'absence des battements du cœur, et par l'écoulement du méconium qui durait déjà depuis plusieurs heures, je fis une application du forceps. La tête, saisie au-dessus du détroit abdominal, fut vigoureusement comprimée avec l'instrument, et à l'aide de très-fortes tractions je parvins à lui faire franchir l'obstacle qui la retenait. Le reste de l'opération ne présenta aucune difficulté sérieuse.

L'enfant était très-volumineux et pesait neuf livres. La tête surtout était remarquable par la petitesse de ses fontanelles et par l'épaisseur de ses os. La partie du crâne qui s'était trouvée en rapport avec l'angle sacro-vertébral, présentait une dépression considérable, mais sans fractures cependant. Les suites de couches n'offrirent rien de particulier, et douze jours après, la malade était entièrement rétablie.

Convaincu, par la double épreuve qui avait été faite, que la conformation dont j'ai parlé ne permettait pas la naissance d'un enfant vivant et à terme, je crus que ce cas rentrait dans le domaine de l'accouchement prématuré artificiel, et il me fut facile d'en faire comprendre la nécessité, soit au confrère qui m'avait fait demander, soit à Mme G. et à sa famille. Il fut donc convenu qu'on prendrait toutes les mesures nécessaires pour constater, avec précision, le point de départ d'une nouvelle grossesse si elle survenait, et qu'à huit mois ou huit mois une semaine tout au plus, nous nous déciderions à provoquer les contractions utérines.

Quelque temps après survint une troisième grossesse; mais elle ne fut pas conduite à terme, et se termina par une fausse couche à deux mois et demi, dont la cause ne put être appréciée. Il me fallut donc renvoyer à une nouvelle occasion l'exécution du projet que j'avais conçu; elle ne tarda pas à se présenter. Les règles parurent pour la dernière fois le 16 novembre 1847, et durèrent deux jours, comme d'habitude. Le 21 du même mois des rapprochements sexuels eurent lieu, et ne furent renouvelés que dans le courant du mois suivant, à une époque où une première suppression avait été constatée, et où déjà quelques-uns des phénomènes qui accompagnent souvent le début d'une grossesse s'étaient manifestés. Bien convaincue de la nécessité qu'il y avait à ce qu'on pût déterminer avec précision le début de sa grossesse, Mme G. avait pris l'habitude, depuis son dernier accouchement, de ne se rapprocher de son mari qu'un seul jour entre chaque époque menstruelle; il est donc bien évident qu'elle était devenue enceinte le 21 novembre; j'insiste à dessein sur cette circonstance, car on sait com-

bien ce point vient souvent compliquer la question de l'accouchement prématuré artificiel.

Vers le milieu du mois de février suivant, cette dame vint me consulter et m'annoncer sa nouvelle grossesse ; elle était disposée à se soumettre à l'opération dont je lui avais parlé. Cependant elle me demanda ce que je pensais de l'influence d'un régime alimentaire très-sévère, et me déclara qu'elle était prête à se soumettre à tout ce que je déciderais. L'occasion me parut favorable pour essayer un moyen que je savais avoir déjà donné de bons résultats, et je m'empressai d'accepter sa proposition. Il fut convenu que je m'en entendrais avec le confrère qui devait l'assister dans ce nouvel accouchement. J'eus, en effet, une conférence avec le docteur Videcoq dont elle avait fait choix, et nous arrêtâmes que nous aurions recours à une alimentation très-restreinte et aux saignées générales plusieurs fois répétées, à des intervalles que nous nous réservâmes de déterminer ultérieurement.

Voici comment je crus devoir régler ce qui était relatif à la nourriture. Les potages devaient en faire la base ; des légumes une fois par jour, de la viande une fois par semaine et en très-petite quantité. Tout ce que je proposai fut accepté et rigoureusement exécuté. Dès le lendemain, Mme G. se mit à ce régime avec un courage vraiment digne d'être récompensé. Elle fixa à une demi-livre le pain qu'elle devait manger dans les vingt-quatre heures, en y comprenant celui qui entrait dans la composition des potages. On comprendra facilement tout ce qu'elle eut à supporter, surtout dans les premiers temps, en songeant qu'elle était jeune et forte, et qu'elle jouissait habituellement d'un très-grand appétit. Je la fis saigner une première fois à trois mois, une seconde à six mois, puis à huit mois, et enfin une dernière fois à huit mois et demi ; on lui retira chaque fois environ 400 grammes de sang.

Sous l'influence de ces différents moyens, la santé générale fut visiblement modifiée, la nutrition surtout fut ralentie, le visage pâlit, et on put constater un amaigrissement notable. Un premier examen fait à sept mois me permit de constater un fœtus petit, extrêmement mobile dans la cavité utérine, qui ne contenait pas cependant beaucoup de liquide. Le résultat d'une nouvelle exploration, faite à huit mois, fut le même et me donna l'espoir que notre entreprise serait couronnée de succès.

Cependant il fut convenu, avec le docteur Videcoq, que nous nous livrerions à une nouvelle exploration à huit mois et demi, et que, selon son résultat, nous laisserions aller la grossesse jusqu'à son terme, ou que nous nous déciderions à provoquer l'accouchement. Après l'avoir faite,

nous restâmes convaincus que le volume de l'enfant était inférieur à celui qu'il offre en général à la même époque, et que celui-ci, selon toutes les probabilités, pourrait franchir l'obstacle que présentait le détroit supérieur : en conséquence nous attendîmes.

Le 19 août 1848, à dix heures du matin, apparurent les premières douleurs de l'accouchement. Lorsque je vis la malade à une heure de l'après-midi, la dilatation du col était complète depuis une demi-heure, et la rupture des membranes s'était opérée depuis à peu près le même espace de temps. La tête, retenue au-dessus du détroit supérieur, se présentait par le sommet en première position presque transversale. Les battements du cœur fœtal étant fréquents, forts et réguliers, je crus ne devoir rien faire, quoiqu'il s'écoulât une petite quantité de méconium ; une demi-heure après, sous l'influence d'une contraction un peu plus énergique ; la tête franchit le détroit abdominal, arriva aux parties génitales qu'elle traversa, et en quelques secondes l'accouchement fut terminé.

L'enfant, du sexe féminin, cria immédiatement et nous parut très-vivace ; elle était très-petite et pesait cinq livres seulement. Les os du crâne, très-faciles à déprimer, étaient d'une minceur remarquable. Les sutures et les fontanelles étaient beaucoup plus larges que d'habitude. Le diamètre bipariétal offrait trois pouces seulement. Cette enfant fut donnée à une nourrice, dont elle prit immédiatement le sein, et aujourd'hui, 30 avril 1849, elle se porte à merveille.

Les suites de couches chez la mère furent aussi heureuses que dans les accouchements précédents. Sous l'influence d'une nourriture plus abondante, elle a repris son embonpoint habituel, et elle se félicite aujourd'hui des sacrifices qu'elle a su s'imposer.

Docteur DEPAUL.

(*La suite prochainement.*)

PHARMACIE ET CHIMIE.

HUILE DE SUIE COMME SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE CADE.

Les propriétés médicales de la suie sont connues. Son emploi à l'extérieur, et tel qu'on le fait actuellement, offre plusieurs inconvénients ; d'abord, la suie mêlée à de l'axonge communique à la peau une coloration désagréable, et le principe charbonneux insoluble qu'elle contient irrite souvent l'organe sur lequel on l'applique ; ensuite, il est des cas où on ne doit et on ne peut se servir des teintures alcooliques et aqueuses de cette substance, pas plus que de l'esprit huileux de Reuss.

J'ai pensé que l'on obvierait à ces divers inconvénients en traitant la suie par de l'huile d'amandes douces ; en effet, j'ai obtenu un médicament qui peut remplacer les préparations ci-dessus.

On obtient cette huile de la manière suivante :

Suie préparée............	10 grammes.	
Huile d'amandes douces.....	100	—

Mêlez dans un vase en faïence bien clos ; chauffez au bain-marie pendant deux heures ; filtrez au papier la liqueur encore chaude.

Cette huile pyrogénée est transparente : sa couleur jaune ambrée est due à de l'absuline ; sa saveur est aromatique, désagréable ; son odeur est empyreumatique.

L'éloeolé de suie pourra être considéré comme préparation magistrale ; dans certains cas, il remplacera l'huile de cade, qui est très-chère, et que les médecins et les pharmaciens rencontrent rarement pure dans le commerce.

PASTILLES DE BISMUTH, OBSERVATIONS SUR CET OXYDE.

Plusieurs médecins m'ayant demandé de leur préparer des pastilles avec l'oxyde blanc de bismuth, j'en ai composé comme il suit :

PR. Sucre blanc pulvérisé..................	435 gram.
Sous-nitrate de bismuth pulvérisé.........	8
Gomme adraganthe..........................	2
Eau ordinaire..............................	30

Si on désire les aromatiser, on se sert d'un mélange d'eau de fleurs d'oranger, de laurier-cerise et de roses au lieu d'eau ordinaire.

Faites des pastilles de huit décigrammes qui contiennent chacune un décigramme de nitrate de bismuth. On fait sécher ces pastilles à l'ombre de la lumière.

Cette préparation m'ayant fourni quelques observations, je les consigne ici, pensant qu'elles pourront être agréables à nos confrères.

Bien souvent il arrive que, pressé par le temps, on emploie pour faire des pastilles de la gomme adraganthe réduite en poudre, que l'on mêle directement au sucre au lieu d'en faire un mélange avec de l'eau.

J'ai voulu m'assurer si cette manière de procéder était rationnelle ; j'ai trituré de la gomme adraganthe pulvérisée avec du carmin ou de l'indigo ; ainsi préparée, je l'ai mêlée au sucre, j'en ai fait une pâte avec de l'eau. Il m'a été facile de reconnaître qu'une petite portion de la gomme s'était gonflée à ce point de pouvoir faire mucilage, tandis que le surplus n'y était qu'incorporé et formait corps étranger.

J'en conclus qu'il est préférable d'amener d'abord la gomme à l'état

de mucilage, si on désire obtenir une préparation jouissant des propriétés voulues.

Si on fait sécher les pastilles de sous-nitrate de bismuth aux rayons du soleil, ces pastilles deviennent noires comme du charbon. A quel phénomène chimique ou physique doit-on attribuer cette coloration? Pour arriver à un résultat, j'ai fait avec dix grammes de sucre pulvérisé, cinq grammes d'oxyde de bismuth et de l'eau, une pâte molle que j'ai étendue sur une assiette qui fut ensuite exposée au soleil. En peu d'heures le mélange est devenu d'un noir foncé; ayant traité cette masse par l'eau, j'ai reconnu qu'une portion du sucre avait été perdue, que le bismuth ne pouvait plus reprendre sa première blancheur.

On doit supposer que dans la circonstance une portion de l'oxygène du sel de bismuth s'est combinée à de l'hydrogène et a mis du carbone du sucre à nu; ou bien il se pourrait que les rayons solaires réagissent, comme cela arrive quelquefois, sur les molécules des corps, en changent les dispositions et produisent cette coloration. De toutes manières, le sucre pourra, dans certaines circonstances, déceler la présence du bismuth, et ce phénomène est assez curieux pour fixer l'attention des chimistes. Je me propose de revenir aussi sur ce sujet.

DE LA CONSERVATION DE LA FARINE DE LIN ET DE MOUTARDE.

C'est une erreur de croire que l'on doive garder les farines de lin et de moutarde dans des vases clos, en verre, en grès ou en bois. Nous conseillons aux médecins et aux pharmaciens de campagne, qui sont, dans la prévision du choléra, forcés d'avoir chez eux une certaine provision de ces substances, de les laisser renfermées dans des sacs en toile ou en papier; car si ces farines sont tenues dans des vases clos et qu'elles contiennent de l'humidité ou de l'eau de végétation, elles ne tarderont pas à s'échauffer, s'enflammer même, et, lorsqu'il y en a une très-grande quantité, peuvent se rancir et se moisir après, ce qui leur fait perdre la qualité que l'on désire y rencontrer.

STANISLAS MARTIN, pharmacien.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Emploi de la strychnine dans le traitement du choléra. — Bien que le choléra semble se préparer à quitter prochainement la capitale, notre tâche n'est pas encore finie. En effet, s'il nous abandonne, c'est pour s'étendre lentement dans les départements et pour répandre sur son passage le deuil et la désolation. D'ailleurs, nous ne sommes pas encore assez loin de la terrible recrudescence de juin, pour être bien sûrs

que nous n'aurons pas à déplorer prochainement une nouvelle recrudescence ramenée par les chaleurs de la fin de juillet ou du mois d'août. A ce titre, nous croyons devoir parler d'une médication essayée avec succès à l'hôpital de la Salpêtrière, par M. Manec; nous voulons parler de l'emploi de la strychnine.

Ce n'est pas la première fois que la strychnine a été mise en usage dans le traitement du choléra. Quelques essais en avaient été faits en 1832; et dans l'épidémie actuelle, un médecin anglais, M. Jenkins, avait recommandé l'emploi de la strychnine en pilules contenant 1/18e de grain de cette substance. M. Jenkins donnait une de ces pilules tous les quarts d'heure, et en faisait suivre l'administration de boissons froides très-abondantes. Habituellement, les trois ou quatre premières pilules étaient vomies ; mais, bientôt après, l'estomac finissait par les conserver, et l'effet thérapeutique se traduisait par une diminution et une amélioration très-marquées dans tous les symptômes graves de la maladie.

Les résultats obtenus par l'honorable chirurgien de la Salpêtrière sont aussi très-favorables. Sur 25 cholériques, dont le traitement a été commencé à toutes les périodes de la maladie, 18 ont été sauvés. M. Manec reconnaît toutefois que l'on réussit d'autant mieux que la strychnine est administrée plus près du début des accidents, et cette substance réussit surtout d'une manière remarquable dans les dérangements du canal digestif qui précèdent l'explosion du choléra. Nausées, vomissements, dévoiements sont calmés très-rapidement; et, chose bien digne d'être notée, la convalescence est extrêmement courte, tant est énergique l'action de la strychnine sur le canal digestif, dont elle rétablit promptement les fonctions. M. Manec a vu réussir la strychnine dans des cas où la cyanose était déjà produite, et où une terminaison funeste paraissait prochaine ; mais l'honorable chirurgien nous a dit que des cas analogues avaient été observés par lui sous l'influence de médications très-diverses.

Quoi qu'il en soit, M. Manec emploie la strychnine, non pas en pilules comme M. Jenkins, parce qu'il craint que l'estomac ne les dissolve pas, mais dans une solution alcoolique qui en contient 1 centigramme par cuillerée de liquide. Cette solution est donnée toutes les quatre heures, de manière à administrer 3 ou 4 centigrammes de la substance médicamenteuse dans les vingt-quatre heures. Dans les cas graves, M. Manec a pu en donner jusqu'à 6 centigrammes, et dans un seul cas, il a observé les symptômes physiologiques produits par la strychnine, raideur et contractures. Dans tous les autres, le médicament a limité son action aux phénomènes digestifs.

Nous reviendrons plus tard sur cette médication, alors que nous

présenterons un résumé des résultats obtenus des diverses médications employées dans le traitement du choléra. Pour le moment, nous nous bornons à attirer l'attention de nos lecteurs sur cette nouvelle application de la strychnine, tout en leur recommandant d'apporter la plus grande prudence dans l'emploi d'un moyen aussi énergique.

Emploi du chloroforme en frictions contre la contracture musculaire. — L'observation suivante vient à l'appui de l'usage avantageux que quelques médecins ont fait du chloroforme, prescrit en liniment, contre plusieurs affections où l'indication de produire une sédation locale est aussi nécessaire qu'évidente. Un jeune garçon, âgé d'une quinzaine d'années au plus, d'une constitution lymphatique et chétive, mais d'un caractère vif et d'une intelligence assez développée, venait d'échapper à plusieurs accidents graves par suite de chute sur la tête, et à une fièvre typhoïde, etc., lorsqu'il fut atteint d'un rhumatisme articulaire pendant le mois de janvier 1849. Il paraît que, des articulations l'affection rhumatismale s'étendit, en février, au système fibro-musculaire du membre abdominal droit, car alors ce membre commença à subir un certain raccourcissement et la colonne vertébrale un degré d'inclinaison notable. Ces circonstances furent du moins remarquées par les parents, qui d'ailleurs ne purent donner de renseignements sur les moyens employés pour combattre ces divers accidents. Seulement l'inquiétude qu'ils prirent de l'aggravation quotidienne de la santé de leur enfant les détermina à le faire entrer à l'Hôtel-Dieu. Placé au n° 10 de la salle Saint-Benjamin, dans le service de M. Martin Solon, nous trouvâmes, le 1er mars 1849, le jeune malade dans l'état suivant :

Le facies pâle et tout le corps amaigri annonçaient une maladie ancienne. En découvrant le malade on trouve le membre abdominal droit fléchi, la pointe du pied remontée, portée en dedans et s'appuyant sur le milieu de la face interne du tibia gauche. Quoique amincis, les muscles fléchisseurs sont saillants comme des cordes ainsi que les tendons de la région poplitée. Le malade ne peut exécuter aucune espèce de mouvement, ni laisser étendre son membre raccourci ; quelque impulsion que l'on donne à son corps, il se meut tout d'une pièce et toujours avec douleur. Le bassin a éprouvé un mouvement transversal remarquable de torsion ou mieux de bascule. En effet, en l'examinant on trouve la crête iliaque droite rapprochée des dernières fausses côtes, de manière que le flanc a pour ainsi dire disparu ; mais en étudiant les rapports de longueur de la crête iliaque avec le trochanter, on les trouve analogues à ceux du côté opposé. Le malade couché avec peine sur le ventre pour explorer la région postérieure du tronc, on voit la masse

commune des muscles sacro-lombaires du côté droit dure, tendue, douloureuse et tuméfiée ; la colonne vertébrale courbée, et l'épaule droite rapprochée du bassin. L'idée d'une fracture du col et d'une luxation spontanée du fémur étant écartée aussi bien par le commémoratif de la maladie que par l'examen des symptômes, le diagnostic de la contracture de tout le système musculaire sacro-lombaire et fémoral du côté droit devient évident, et la disposition des parties facile à expliquer. La cause rhumatismale ne laissant aucun doute sur son existence, on ne s'arrête ni à la chute antérieure faite par le malade, ni aux autres causes morbides que nous avons mentionnées. M. Martin Solon prescrit l'application de cinq ventouses sur la masse musculaire douloureuse des lombes ; puis, avec un liniment composé de parties égales de chloroforme et d'huile d'amandes douces, des onctions trois fois par jour sur toutes les parties malades.

Dès le troisième jour, l'amélioration est tellement sensible, que le malade lui-même se plaît à montrer que la raideur de son membre est bien moindre et qu'il commence à se mouvoir dans son lit plus facilement et sans souffrir beaucoup. Bains, embrocations avec le liniment au chloroforme ; deux cinquièmes.

Quelques jours après, les contractures ont complétement cessé ; la direction du bassin est normale et les membres abdominaux de la même longueur. La masse musculaire des lombes conserve de la douleur et de la tuméfaction, une sorte de fluctuation semble se manifester à son centre. Continuation du traitement.

5 avril. Il ne s'est point formé d'abcès à la région lombaire ; il n'y a plus trace de contracture, les muscles et le tissu cellulaire ont repris leur aspect normal ; non-seulement le malade marche depuis quelques jours, mais il peut sauter à cloche-pied sur la jambe droite. Il sort parfaitement guéri le 17 avril.

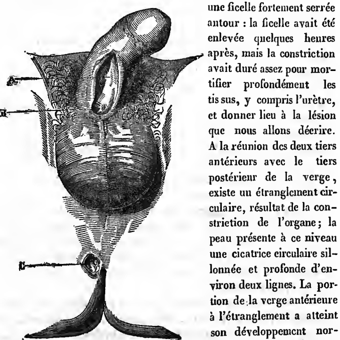
Nous pouvons ajouter que M. Martin Solon ne s'est pas servi avec moins d'avantage de cette même formule dans le lumbago et dans quelques cas de névralgie de la face.

Blennorrhagie urétrale chez un malade ayant une division du canal en avant de l'angle péno-scrotal. — Action des balsamiques sur la muqueuse urétrale. — L'action spécifique du cubèbe et du copahu dans la blennorrhagie urétrale n'est due, suivant M. Ricord, ni à une révulsion ni à une modification du sang qui influencerait la nutrition et la sécrétion des muqueuses en général et de la muqueuse urétrale en particulier ; car on sait que ces médicaments, pris à l'intérieur, sont sans effet marqué sur l'ophthalmie blennorrhagique, sur la

balanoposthite et sur les écoulements vulvaires vaginaux et utérins, mais que la guérison de la blennorrhagie urétrale est due à l'action directe de l'urine chargée des principes médicamenteux du cubèbe et du copahu. Le copahu, en traversant les reins, subit une modification, et donne à l'urine une propriété médicatrice que l'art n'a pas imitée. En effet, malgré l'assertion contraire de quelques thérapeutistes, les applications directes, les injections faites avec le cubèbe et le copahu, sous quelque forme pharmaceutique que ce soit, sont restées insuffisantes, quand elles n'ont pas été nuisibles : c'est ce qui est résulté des expériences des deux Cullerier, de M. Puche, de M. Lagneau, et de M. Ricord lui-même. L'art, pour imiter la nature, doit donc chercher quelles sont les propriétés médicamenteuses que communiquent à l'urine le cubèbe et le copahu, en subissant l'action des reins.

L'observation suivante d'un malade que cet habile observateur a présenté à l'Académie, vient à l'appui de cette théorie.

Obs. Pierre V..., âgé de vingt-quatre ans, est entré à l'hôpital du Midi le 2 février 1849. A l'âge de sept ans, ce malade avait eu la fantaisie singulière de retenir son urine en étranglant sa verge avec une ficelle fortement serrée autour : la ficelle avait été enlevée quelques heures après, mais la constriction avait duré assez pour mortifier profondément les tissus, y compris l'urètre, et donner lieu à la lésion que nous allons décrire. A la réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de la verge, existe un étranglement circulaire, résultat de la constriction de l'organe; la peau présente à ce niveau une cicatrice circulaire sillonnée et profonde d'environ deux lignes. La portion de la verge antérieure à l'étranglement a atteint son développement normal. Au devant de cet étranglement, l'urètre rompu offre un orifice



arrondi, nettement limité, dans lequel peut pénétrer une sonde cannelée ; en arrière, la seconde partie de la solution de continuité du canal est constituée par une ouverture plus évasée, plus inégale que la précédente, à bords très-irréguliers et qui peut admettre une sonde de calibre ordinaire. Toute l'urine sort par cette dernière ouverture ; les érections sont comme dans l'état normal. Il y a un mois, V... a contracté une blennorrhagie aiguë qui, jusqu'au jour de son admission à l'hôpital du Midi, n'a été l'objet d'aucun traitement. A son entrée à l'hôpital (le 2 février), la maladie occupe les deux portions du canal; l'écoulement, très-abondant, est jaune-verdâtre ; la portion postérieure est le siége de douleurs assez vives pendant et après l'émission de l'urine ; il y a pendant la nuit quelques érections incomplètes, à peine douloureuses.

Le 3 février, le malade est soumis à l'usage d'une émulsion de copahu. Pour apprécier exactement l'effet du médicament sur chaque portion de l'urètre, M. Ricord fait obturer avec soin, à l'aide de diachylon, l'orifice qui est au devant de l'étranglement, précaution presque superflue, puisque toute l'urine sort par l'orifice postérieur ; ainsi l'urine, chargée du principe médicamenteux du copahu, ne balayera que la portion supérieure de l'urètre. Le 6 février, l'écoulement a beaucoup diminué; il a changé de nature dans cette portion. La pression des doigts en fait suinter une goutte de muco-pus blanchâtre, suspendue dans un liquide clair et filant. Les douleurs ont cessé. Le 8 février, l'écoulement a complétement disparu dans la partie postérieure de l'urètre. M. Ricord recommande alors au malade, qui continue l'usage du copahu, de faire, dans la division antérieure qui n'a subi aucune modification, une injection d'arrière en avant (par l'orifice artificiel antérieur) de toute son urine, au moment où il vient de la rendre. Le 12 février, il y a déjà une amélioration notable ; la nature de l'écoulement a changé : il est d'une coloration blanc jaunâtre et beaucoup moins abondant.

Le 15 février, la quantité et la coloration de l'écoulement sont encore modifiées; trois quarts d'heure après l'injection, on obtient à peine, en pressant le canal, une goutte de muco-pus très-clair au méat naturel de l'urètre. Le 16, l'écoulement est guéri dans toute la longueur du canal. M. Ricord a cité une autre observation analogue recueillie dans sa pratique privée.

Les faits de ruptures de l'urètre, sous l'influence d'une violente constriction, ne sont pas rares. Mais quand M. Ricord lui-même a dit ne pas soupçonner le motif qui porte ces individus, dans leur enfance, à ces fantaisies singulières, il ne s'est pas rappelé un fait qui a passé

sous ses yeux il y a quelque temps et que nous avons rapporté dans ce journal (*Bull. de Thérap.*, t. XXVI, p. 222) avee gravure. Ce fait donne la clef de ees ruptures de l'urètre. Des enfants atteints d'incontinence d'urine nocturne s'ingénient à trouver un moyen qui les mette à l'abri des punitions auxquelles eette infirmité les expose ; ils se licnt la verge le soir en se eouehant, avee une fieelle, et cette eonstriction répétée finit par amencr la division du canal.

Nous reviendrons prochainement sur ees faits, afin de signaler le proeédé ingénieux employé par M. Ricord, dans ees deux eas, pour la eure de ees fistules urétrales.

Orchite. — Indication de la médication antiphlogistique. — Lorsque le testieule et l'épididyme sont seuls affeetés, les topiques émollients et la position élevée des bourses suffisent en général pour triompher des aceidents ; mais si l'orehite s'aecompagne de douleur et de gonflement du eanal déférent, la maladie est plus sérieuse et demande toujours, selon M. Velpeau, qu'on débute par une applieation de sangsues sur le trajet du eanal inguinal, et non sur le serotum, comme on a l'habitude de le faire.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AFFECTIONS SYPHILITIQUES SECONDAIRES (*Sur l'emploi et l'association des mercuriaux et des ferrugineux dans le traitement des*). Les aecidents syphilitiques secondaires sont souvent accompagnés d'une décoloration des tissus avec symptômes anémiques contre lesquels on a remarqué que les préparations de fer réussissent assez souvent, toutefois après les avoir fait préeéder de l'emploi des mereuriaux. On se trouve aussi très-bien d'assoeier, dans ees eas, les mereuriaux aux ferrugineux. Voici une formule de pilules mercurielles ferrugineuses, imitée de celle de Lagneau, que nous recommandons à l'attention des praticiens :

PR. Onguent mercuriel double.
Masse de pilules de Vallet.
Savon médicinal, de chaq. 5 gram.

F. S. A. 100 pilules : en prendre deux à six ehaque jour, et eontinuer pendant deux mois. (*Répertoire de Pharm.*, juin 1849.)

CALOMEL (*Du*) *à doses fractionnées dans le rhumatisme articulaire aigu.* L'efficaeité du traitement du rhumatisme aigu par le calomel à doses fractionnées, bien que constatée par plusieurs pratieiens honorables, tant en France qu'en Angleterre, n'est pas encore si bien mise hors de doute, du moins quant à ses avantages relatifs sur les autres méthodes en usage, qu'il ne soit utile de faire connaître, au fur et à mesure qu'ils se produisent, les nouveaux faits qui peuvent venir étayer ou infirmer les premières observations. D'après les indications eontenues dans un travail de M. Duclos, que nous avons publié tome XXXI, page 166, M. le doeteur Leclerq, de Senlis, a tenté dans eette voie quelques essais dont les résultats paraissent avoir dépassé ses espérances. M. Leelerq a traité sept cas de rhumatisme aigu par le calomel, et dans les sept cas il a obtenu une guérison rapide. Voici, en effet, comment il a procédé dans tous ces cas, sauf un

seul, que nous allons faire connaître avec détail : 1° saignée générale au début, quand le sujet est sanguin ; 2° calomel à doses fractionnées (par jour : calomel 5 centigrammes, sucre en poudre 5 grammes; mêlez ; divisez en onze doses pour êtreprises en autant de cuillerées d'eau et d'heure en heure dans la journée) ; 3° administration, le soir, de 30 grammes de sirop d'opium ; 4° tisane rafraîchissante pour boisson ; 5° cataplasmes arrosés de baume tranquille sur les articulations malades. Nous sommes loin de méconnaître tout ce que cette association de moyens peut avoir de rationnel et d'avantageux ; mais, tout en l'approuvant comme méthode régulière de traitement, nous ne pouvons nous empêcher de regretter, dans l'intérêt de l'expérimentation, qu'il ait agi ainsi. Ces faits, bien qu'heureux dans leurs résultats, perdant par le fait même de cette association de moyens différents, une grande partie de leur valeur. Aussi nous bornerons-nous à rapporter, comme nous inspirant plus de confiance à cet égard, le fait suivant, le seul où, par exception, M. Leclerq a eu recours d'emblée au calomel, sans en faire précéder l'administration d'une saignée :

« Le nommé F., vingt-neuf ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une constitution sèche et d'une bonne santé habituelle, fut pris pour la première fois, le jeudi 25 février 1849, à la suite d'un refroidissement, d'un léger malaise accompagné de douleurs vives dans les aines, puis dans les articulations tibio-tarsiennes. Le 1er mars, il offrit les symptômes suivants : douleur intense dans la malléole interne de la jambe gauche, accompagnée de tuméfaction et de rougeur ; douleur semblable, mais plus supportable, dans la malléole interne de la jambe droite ; peau chaude, soif vive ; pouls médiocrement développé (104); insomnie. (Calomel administré comme il est indiqué ci-dessus ; 25 grammes de sirop de pavots blancs, cataplasmes de farine de lin arrosés de baume tranquille sur les articulations.)

4 mars, nuit calme : douleurs malléolaires moindres ; mais le genou gauche est pris à son tour, il est le siége d'un léger gonflement et d'un peu de rougeur accompagnés d'une vive sensibilité ; le pouls est moins développé (84). Il n'est survenu aucune irritation des gencives ni de la bouche, et la transpiration n'a pas été plus abondante que de coutume.

5 mars, douleurs des articulations tibio-tarsiennes moins fortes ; mais les poignets, le gauche surtout, sont atteints à leur tour. Peu de fièvre ; pouls toujours à 84. Une selle liquide et verdâtre ; le malade remue aisément ses jambes dans son lit, ce qu'il ne pouvait faire les jours précédents.

6, 7 et 8 mars, le malade va de mieux en mieux ; il suit le traitement indiqué jusqu'au 8 mars, sans éprouver aucune salivation ; seulement, il conserve un peu de dévoiement. Il commence à marcher.

13 mars, rechute ; retour de la fièvre et douleurs, et du gonflement dans le poignet gauche. Même traitement (le calomel seul). Les symptômes se dissipent en deux jours, comme par enchantement.

Le 6 avril, nouveau retour de quelques symptômes toujours vers le poignet gauche, qui cèdent encore promptement au calomel ; cette fois, le mal disparaît pour ne plus revenir. »

Nous rapprocherons de ce fait l'observation suivante, recueillie dans le service de M. Blache, à l'hôpital des Enfants, observation plus concluante encore que la précédente, le calomel ayant été donné absolument seul.

Le 14 avril 1849, entre à l'hôpital une fille de huit ans, habituellement bien portante, malade depuis le 11 avril (assoupissement, douleurs dans les membres et fièvre). A son entrée, elle a la peau moite, 108 pulsations de 36 à 40 inspirations par minute, céphalalgie ; les articulations de la hanche et du genou sont très-douloureuses et un peu gonflées. Les mouvements qu'on leur imprime sont plus douloureux encore que la pression. (Calomel, 5 centigrammes, sucre 2 grammes, en 10 prises, d'heure en heure, orge miellée, lavements émollients, cataplasmes laudanisés sur les articulations. Diète.)

16, pouls meilleur ; 96 pulsations. La douleur a diminué un peu dans les articulations de la hanche ; mais la malade souffre principalement dans les jambes, aux genoux surtout. (Calomel *ut suprà*, cataplasme, diète.) Le soir, ses douleurs rhumatismales ont gagné aujourd'hui les deux articulations radio-carpiennes. Le ca-

lomel n'est donné à l'enfant qu'à partir de cinq heures du soir et dans la nuit. — 17, amélioration; douleurs articulaires moindres. (Même prescription; bouillons). Le soir, plus de douleurs ni aux poignets, ni aux bras, ni aux jambes; appétit. — Le 18, état très-satisfaisant. (Encore le calomel pour ce jour.) — 19, 20, 21 mai, la convalescence a lieu sans accident, et l'enfant sort guérie le 22 mai 1849. (*Union médicale*, juin 1849.)

CORPS ÉTRANGERS *de forme allongée dans la vessie (des); nouveau signe pour constater leur position; procédé d'extraction*. Lorsqu'un corps étranger, de forme allongée, a été accidentellement introduit dans la vessie, il se peut de deux choses l'une, ou que ce corps ait conservé la direction suivant laquelle il a pénétré dans cet organe et soit resté parallèle à l'axe du canal qu'il a traversé, ou qu'il se soit dévié plus ou moins de cette direction, pour se placer en travers ou dans une direction plus ou moins oblique par rapport au col de la vessie. Dans le premier cas, on peut espérer, à l'aide des instruments de préhension appropriés, d'en opérer l'extraction sans avoir besoin de recourir à une opération plus grave, ainsi que nous en avons publié plusieurs exemples. Dans le second cas, au contraire, on est obligé d'en venir soit à la lithotritie, si le corps est susceptible d'être broyé, soit à la cystotomie. Mais comment déterminer d'avance la position du corps étranger? Et, d'un autre côté, si l'on parvient à déterminer d'une manière rigoureuse cette position, ne serait-il pas possible, à l'aide du même moyen qui aurait servi à cette détermination, de se rendre maître du corps étranger, et de lui imprimer la direction la plus convenable pour en opérer l'extraction par les voies naturelles? Tel est le double problème que s'est proposé de résoudre M. le docteur Caudmont. En expérimentant sur le cadavre, avec le lithoclaste à bec plat, il a remarqué que lorsque cet instrument buttait contre le col de la vessie, alors qu'il était chargé du corps étranger, on le voyait tantôt rester dans la même position, tantôt éprouver un mouvement de rotation sur son axe, ce qui tenait à ce que le corps étranger se présentait dans son intérieur d'une manière différente, ainsi que M. Caudmont s'en assura en ouvrant l'abdomen et la paroi antérieure de la vessie, pour voir ce qui se passait dans l'intérieur de cet organe. Il constata, en effet, que le lithoclaste restait dans la même position lorsque le corps étranger était pris vers le milieu de sa longueur, et qu'il proéminait à peu près dans une égale étendue de chaque côté de l'instrument; au contraire, qu'il éprouvait un mouvement très-prononcé de rotation sur l'axe, lorsqu'il était saisi par une extrémité dans une direction oblique à celle de l'instrument. Quand le corps étranger est retenu dans le lithoclaste par un point autre que l'extrémité, mais de manière à avoir d'un côté de l'instrument un bout plus long que l'autre, le mouvement de rotation sur l'axe se produit encore, mais léger et en rapport avec l'inégalité qui existe entre la longueur des deux bouts: plus cette inégalité est grande, plus ce mouvement de rotation est considérable; et enfin, il est complet quand le corps se présente par une extrémité, mais dans une mauvaise direction. L'instrument, dans ce dernier cas, décrit un quart de cercle qui s'exécute en sens inverse du côté où le corps proémine. Ainsi, quand le corps saisi par son extrémité droite est saillant à gauche du lithoclaste, ce dernier se tourne directement à droite, et *vice versâ*; dans le cas où il y a de chaque côté de l'instrument un bout d'inégale longueur, le bout le plus long est placé du côté opposé à celui vers lequel s'est tourné le lithoclaste. Ce signe peut, comme on le voit, renseigner aussi exactement que possible sur la situation qu'affecte le corps étranger dans l'intérieur de l'instrument; mais pour que sa constatation soit à l'abri de toute cause d'erreur, il est quelques précautions à prendre. Voici donc, en résumé, le procédé que M. Caudmont conseille d'employer pour tirer de cette manœuvre le meilleur parti possible. Nous le décrivons textuellement, crainte, en abrégeant, de n'être pas suffisamment compris.

« Une fois le corps saisi et fixé dans l'instrument, dit l'auteur, on ramène le lithoclaste vers le col de la vessie, et on fait le mouvement convenable pour le retirer à travers le canal de l'urètre. Si le corps a été pris par une extrémité et dans une

direction parallèle à celle de l'instrument, ce dernier s'engage facilement dans l'orifice urétro-vésical, et l'extraction est bientôt terminée. Je suppose que le volume du corps n'oppose par lui-même aucun obstacle, et dans tous les cas, il est possible de lever toute incertitude à cet égard par la mesure de l'écartement qui existe à l'extérieur entre les extrémités des deux branches de l'instrument. Si l'on rencontre une résistance au col de la vessie, alors qu'on s'est assuré que le volume de l'objet qu'on veut extraire n'est pas trop considérable, c'est que ce dernier est saisi par un point intermédiaire aux extrémités, ou par un des bouts, mais dans une direction oblique, de manière à faire un angle prononcé avec les mors de l'instrument. Pour décider quelle est celle de ces deux présentations qui existe, on soutient le lithoclaste contre le col de la vessie, en ouvrant la main pour lui rendre toute liberté, et en le soutenant simplement avec le médius et l'annulaire placés autour de la tige, au-dessous de la rondelle de la branche femelle. Tantôt on verra l'instrument n'éprouver aucun mouvement, et alors l'objet est pris en travers, vers le milieu de sa longueur; tantôt, au contraire, le lithoclaste tournera sur son axe, et sa face supérieure viendra regarder directement une des branches de l'arcade pubienne; et, dans ce cas, on est certain que le corps étranger a été saisi par une de ses extrémités, et qu'il proémine du côté opposé à celui vers lequel l'instrument s'est tourné.

« Quand on a reconnu que le corps étranger se présente par une extrémité, mais dans une mauvaise direction, on pratique la manœuvre conseillée par M. Civiale, modifiée par suite de la notion qu'on a acquise de la position précise du corps. Quand le corps n'est pas pris par une de ses extrémités, toute manœuvre est inutile. Il faut alors le faire retomber dans la vessie pour chercher ensuite à le saisir d'une manière convenable. »

C'est là, on le comprend, un signe qui peut devenir extrêmement précieux, non-seulement en ce qu'il aidera à déterminer avec beaucoup plus de précision qu'on ne pouvait le faire jusque-là, d'après la forme et la position du corps étranger, la possibilité de son extraction, mais encore en ce qu'il contribuera à faciliter singulièrement les manœuvres nécessaires pour cette extraction. (*Gaz. des Hôpitaux*, juin 1849.)

ÉLECTRICITÉ. *De sa valeur dans le traitement de la paralysie.* S'il est, en thérapeutique, un moyen d'une grande puissance, c'est bien certainement l'électricité. Comment se fait-il, cependant, que les avis soient tellement divisés sur les applications de cet agent thérapeutique, et que ses indications aient été encore si mal précisées? Cela ne tient-il pas surtout à ce qu'on ne s'est pas attaché à étudier suffisamment l'action physiologique de l'électricité sous ses différents états? Cela ne tient-il pas aussi à ce que les appareils étaient insuffisants ou d'une confection vicieuse? Ces réflexions nous sont suggérées par des recherches thérapeutiques sur l'électricité, rendues publiques par M. Bence Jones, médecin de l'hôpital Saint-Georges. Sur 23 malades qui ont été traités par l'électricité, 13 n'en avaient retiré aucun avantage; 6 en auraient éprouvé une légère amélioration, et 4 auraient eu un succès complet. Parmi ces 23 cas, on compte 3 paraplégies, dans lesquelles l'insuccès a été complet; 6 cas d'hémiplégie, 4 insuccès, 2 améliorations; 3 paralysies saturnines, succès complet; 2 atrophies du deltoïde, pas de succès; 6 paralysies d'un bras ou d'une main, 3 insuccès, 2 améliorations, 1 guérison rapide; 1 cas de chorée, amélioration; 1 cas de douleur dans la région sacrée, traité sans aucun succès; enfin, 1 cas de paralysie, suivi d'une légère amélioration. Il résulterait donc de ces recherches, que l'électricité, impuissante contre la paraplégie, et un peu moins impuissante dans l'hémiplégie, compterait ses plus grands succès dans la paralysie saturnine et dans les paralysies que l'on pourrait appeler mécaniques, à raison de leurs causes. On aurait tort, toutefois, de conclure de ces faits l'insuffisance de l'électricité dans la plupart des cas que nous venons de signaler; car si l'on recherche quel a été le mode d'électrisation suivi par l'auteur, on voit que, dans un tiers des cas, il a employé, et sans motif déterminant particulier, la machine électrique et la bouteille de Leyde; et dans les deux autres tiers, un appareil magnéto-galvanique. Or, comme l'a dé-

montré dans ces derniers temps M. Duchenne, il n'est pas indifférent de se servir de ces divers appareils : la machine électrique et la bouteille de Leyde sont des moyens de l'enfance de l'art ; l'un, par l'insuffisance de son action, l'autre, par son action trop brusque et trop peu calculable. L'appareil galvano-magnétique détermine des douleurs vives, qu'on n'obtient pas par l'appareil électro-galvanique proprement dit. Enfin, il n'est pas non plus indifférent, dans ces diverses maladies, d'agir sur tel ou tel point de l'organisme ; et quand, on se sert d'appareils peu parfaits, et dont on ne peut calculer l'action, on peut agir trop ou trop peu profondément pour que les résultats thérapeutiques puissent être considérés comme obtenus dans les conditions les plus favorables.

Nous nous proposons d'examiner prochainement les ressources que ce puissant agent offre à la thérapeutique, grâce aux modifications apportées en ces derniers temps dans les appareils. (*London Journal of med.*, février 1849.)

ÉPILEPSIE (*La valériane doit être employée à haute dose dans le traitement de l'*). Nous l'avons répété bien souvent dans ce journal : dans une maladie dont on ne connaît ni la cause, ni le siége, ni la nature, les méthodes dites empiriques trouvent parfaitement leur place; aussi avons-nous cru devoir consigner toutes les tentatives plus ou moins variées qui ont été faites dans ces derniers temps pour guérir l'épilepsie avec des substances peu connues. Certes, la valériane n'est pas de ce nombre : son efficacité a été consignée dans les plus anciens auteurs, comme un excellent moyen dans le traitement des maladies convulsives essentielles. Si, depuis quelques années, la valériane a été un peu oubliée par les médecins, il n'en est pas moins vrai que, à toutes les époques, on a obtenu, par ce moyen, des guérisons inespérées. Dans ses OEuvres de médecine pratique, M. Chauffard rapporte plusieurs faits qui viennent à l'appui de l'opinion des anciens. Mais nous ne devons pas craindre de le répéter, c'est à haute dose, c'est-à-dire en commençant par 4 grammes de poudre, et allant ensuite jusqu'à 30 grammes dans les vingt-quatre heures, que M. Chauffard a obtenu de véritables succès. A cette dose, la valériane modifie puissamment le système nerveux, et suspend quelquefois les maladies convulsives. Le valérianate de zinc possède, jusqu'à un certain point, les propriétés sédatives de la valériane; mais dans les cas sérieux, la valériane est préférable.

ERGOT DE SEIGLE. *Son emploi suivi de succès dans le traitement d'un abcès du psoas.* L'ergot de seigle possède incontestablement la propriété d'agir sur la contractilité de certains organes musculaires; mais cette propriété, considérée jusqu'à ce jour comme spéciale, s'étend-elle à tous les tissus, et peut-on employer l'ergot de seigle pour obtenir la rétraction des parois d'un abcès formé dans l'épaisseur d'un muscle, comme on l'emploie pour obtenir le retrait et l'effacement de la cavité utérine dans la métrorrhagie et dans la leucorrhée? Telle est la question que l'on peut se poser en présence du fait suivant, dans lequel le seigle ergoté paraît avoir été employé avec quelque succès pour arriver à la guérison d'un abcès du psoas. Une dame de trente ans, affectée d'un abcès du psoas, qui s'était ouvert à l'extérieur, et qui fournissait une demi-pinte de pus environ par jour, était tombée dans un affaiblissement et dans un amaigrissement extrêmes. Toutes les fois que l'orifice s'oblitérait, le sac s'emplissait, et venait faire saillie dans la fosse iliaque droite. M. Brown, qui la traitait depuis longtemps, se proposait enfin de faire une injection de nitrate d'argent dans l'intérieur du sac, lorsqu'il résolut d'essayer l'action du seigle ergoté, dans le but de diminuer la sécrétion à l'intérieur du sac et de faciliter le retrait des parois. Ce médicament fut administré en poudre, à doses répétées, jusqu'à ce qu'il survînt de l'intolérance, indiquée par des douleurs vers l'estomac et vers l'intestin ; en même temps, on fit de temps en temps des frictions sur le ventre avec une pommade au deuto-iodure de mercure. Sous l'influence de ce traitement la fièvre hectique disparut, l'écoulement diminua, et les forces revinrent de jour en jour. Quelques semaines après, l'abcès restait quelquefois deux jours sans fournir une goutte de pus, et sans se laisser distendre. Depuis cette époque, la

malade a pu marcher; et quoique la cicatrisation de l'ouverture ne soit pas encore complète, elle a pu reprendre toutes les habitudes de la vie. (*The Lancet.*, mai 1849.)

IODURE D'AMIDON *employé avec succès dans un cas de tumeur du sein et une arthropathie chronique du genou.* Nous avons eu déjà l'occasion de signaler les bons effets de l'iodure d'amidon; les deux faits suivants, communiqués à la Société de médecine de Bordeaux par M. Costes, viennent de nouveau témoigner de la valeur de ce nouvel agent.

Une dame, de Saint-Ciers, vint, il y a quelques mois, consulter M. Costes pour une tumeur placée au-dessus de la mamelle droite; elle ne se rappelait pas avoir reçu de coup dans cette région; la tumeur était ovoïde, mobile, irrégulière, dure, douloureuse à la pression; elle y ressentait alors des élancements. Soupçonnant à la première inspection une tumeur squirrheuse (cette dame avait cessé d'être réglée depuis environ cinq ans), notre confrère prescrivit : 1° changement complet de régime; cette femme se nourrissait principalement de substances salées, jambon, morue, etc.; 2° l'emploi prolongé d'une poudre composée de :

Iode..................	0,30
Amidon..	30,00

sur une peau de cygne, maintenue nuit et jour sur la tumeur; 3° pommade d'hydriodate de potasse en frictions sous l'aisselle; 4° tous les quinze ou vingt jours, se purger, et faire usage tous les jours de pilules composées de :

Extrait de ciguë........	0,30
Aconit..................	0,20

en prendre d'une jusqu'à dix ou douze, en augmentant d'une tous les jours. Au bout d'un mois, la malade était considérablement soulagée; puis sa tumeur avait presque disparu; aujourd'hui, après trois mois de traitement, on la retrouve à peine. Quelle que fût la nature de cette tumeur, M. Costes a pensé qu'il était bon de signaler un pareil fait. Maintenant il serait difficile d'assigner la part qui revient à l'iodure d'amidon dans cette cure; le cas suivant prouve cependant que l'action topique de cette substance n'est pas sans effet. Il y a un mois, on porta à l'hôpital un cocher affecté depuis longtemps d'une arthropathie du genou gauche pour laquelle une foule de moyens avaient été inutilement employés; ayant remarqué le facies lymphatique du malade, M. Costes eut la pensée d'appliquer un topique, qui pût agir comme modificateur de la peau et de l'économie; la partie malade fut enveloppée d'une feuille d'ouate saupoudrée d'une partie d'un mélange de :

Amidon...........	30.00
Iode...............	0,40

On renouvelait le pansement matin et soir. Au bout de quinze jours, il se trouvait debout sans douleur; huit jours après il sortait de l'hôpital. (*Compte-rendu de la Société de médecine de Bordeaux*, juin 1849.)

LARYNGOTOMIE et **TRACHÉOTOMIE.** *De la valeur relative de ces deux opérations dans les affections aiguës du larynx.* Il arrive parfois, dans le cours des maladies aiguës du larynx, que le chirurgien se trouve subitement appelé à pratiquer une ouverture sur le trajet des voies aériennes, dans le but de faire cesser de violents accès de dyspnée. Laissant de côté pour le moment ce qui est relatif à l'indication de cette opération, en admettant, par conséquent, que cette ouverture soit parfaitement indiquée, le chirurgien a le choix entre deux opérations, la laryngotomie et la trachéotomie. Cette dernière est, à vrai dire, presque la seule en usage aujourd'hui; mais cette prédilection des chirurgiens est-elle justifiée? Est-il indifférent d'avoir recours à l'une ou à l'autre de ces opérations? Telles sont les questions que M. Prescott-Hewett s'est proposé d'examiner dans un travail spécial. Les affections aiguës du larynx, qui se terminent par une exsudation, présentent, on le sait, de très-grandes différences chez l'adulte et dans l'enfance. Chez le premier, l'exsudation se fait le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-muqueux; chez le second, c'est au contraire à la surface libre de la membrane muqueuse; chez l'adulte, l'exsudation est bornée au larynx; chez l'enfant, elle est presque toujours laryngée et trachéale à la fois. Cette différence tranchée dans la localisation de l'exsudation à ces deux époques de la vie établit deux grandes divisions dans le traitement chirurgical : chez l'adulte, de quoi servirait de pratiquer la trachéotomie? L'altération est évidemment bornée

au larynx, même le plus souvent à la glotte elle-même. Quelques chirurgiens soutiennent, au contraire, que, dans ce cas, comme en beaucoup d'autres, il faut s'éloigner autant que possible du siége de l'inflammation, dans la crainte de voir la présence de la canule propager la maladie jusque dans la trachée. Mais, à cela, on peut répondre qu'une disposition anatomique particulière s'oppose à ce que l'exsudation sous-muqueuse puisse dépasser les limites du tissu cellulaire du larynx. Lors même que la canule déterminerait un peu d'inflammation, tout se bornerait à un léger épaississement de la muqueuse, à une exsudation plastique à sa surface; et cela pourrait arriver, que la canule fût mise dans le larynx ou dans la trachée. La présence de la canule ne peut, quoi qu'on en dise, occasionner une inflammation de quelque importance. Ainsi donc, la laryngotomie est parfaitement applicable chez l'adulte et dans presque tous les cas. En est-il de même chez les enfants? La réponse dépend ici de la nature de la maladie : s'il s'agit de l'angine pseudo-membraneuse, qui a la plus grande tendance à envahir une grande étendue de la muqueuse aérienne, c'est à la trachéotomie qu'il faut avoir recours. Mais aussi, il y a, chez les enfants, des cas dans lesquels l'inflammation est évidemment limitée à la partie supérieure du larynx; ce sont ceux où ces jeunes sujets ont avalé, par erreur, des substances acides ou caustiques, de l'eau bouillante, par exemple; dans ces cas, l'indication est la même que chez l'adulte, et elle est encore plus précise, par cela même que, dans l'enfance, la trachéotomie est beaucoup plus difficile que la laryngotomie. Cette dernière circonstance mérite d'être prise en considération; car la laryngotomie est, dans la plupart des cas, une opération d'une facilité, d'une rapidité extrêmes; tandis que la trachéotomie présente des difficultés et des dangers de plus d'une espèce, que les opérateurs les plus expérimentés ne viennent pas toujours à bout de vaincre. (*London Journal of med.*, février 1849.)

NÉVRALGIE FACIALE (*Sur l'arrachement des dents dans le traitement de la*). L'importance du rôle que joue la carie des dents pour la production de la névralgie faciale a été diversement appréciée par les praticiens. L'abus de l'arrachement des dents a été tel, qu'une défaveur extrême s'attache aux observations qui tendent à préconiser l'emploi de ce moyen, et M. Bérard n'a pas peu contribué, par l'article qu'il a publié dans le *Dictionnaire de médecine*, à jeter du discrédit sur l'opinion qui fait jouer un certain rôle à la carie dentaire dans la production de la névralgie faciale. Dans un travail remarquable, M. le docteur Neucourt a repris cette question de l'influence de la carie dentaire, et cherché à démontrer qu'il est des cas dans lesquels l'avulsion des dents cariées est non-seulement utile, mais encore indispensable pour arriver à la guérison de la névralgie.

La carie dentaire peut donner lieu à divers accidents, qui doivent être soigneusement distingués, si l'on veut apprécier sainement le rôle que joue l'altération des dents dans la névralgie faciale. Dans un premier cas, qui est le plus fréquent, la dent elle-même est le siége de la douleur. Le malade donne à cet égard les renseignements les plus précis; c'est le mal de dents ordinaire, la rage des dents, pour lequel on emploie tant de remèdes, et, en dernier lieu, l'avulsion de la dent cariée, qui amène une guérison radicale. Dans un second cas, à la suite d'une douleur de dents aiguë, il survient un gonflement notable de la joue; c'est la fluxion proprement dite, qui se termine le plus souvent par un abcès, tantôt inaperçu, tantôt volumineux. Il est des cas plus difficiles à interpréter, en ce sens qu'ils offrent la complication simultanée d'une névralgie bien caractérisée et d'une fluxion produite par la carie dentaire. On voit souvent apparaître ainsi des douleurs qui occupent un côté de la face, reviennent par exacerbations violentes, présentent d'abord tous les caractères de la névralgie faciale, puis, au bout de quelques jours, se limitent dans une région de l'arcade dentaire, s'accompagnent de douleurs vives, rougeur, gonflement, sensibilité extrême à la pression, et se terminent ou non par un abcès. Lorsqu'on voit ainsi le mal se limiter, et surtout se terminer par un abcès, on peut affirmer qu'une dent cariée est le point de départ des accidents. Avant même la formation d'un phlegmon, on peut

distinguer cet état morbide de la névralgie pure, par la présence d'une agitation continuelle, avec accélération et dureté du pouls, quelquefois même avec des sueurs générales. A côté de ces cas, il en est quelques-uns dans lesquels les douleurs affectent un caractère franchement névralgique; dans lesquels, contrairement à ce qui existe dans les maux de dents ordinaires, il a fallu fixer fortement sur ce point l'attention des malades, pour les convaincre de la cause réelle des souffrances; dans lesquels les dents malades ne présentent de douleurs ni spontanément ni à la percussion, et encore moins de douleurs localisées à tel ou tel point de la mâchoire, et dans lesquels l'arrachement des dents démontre que c'est bien là la cause réelle des souffrances. Nous empruntons à M. Neucourt le fait suivant: Une demoiselle de vingt-six ans menait, depuis quelques années, une existence des plus tristes, par suite de douleurs continuelles occupant tantôt une tempe, puis l'autre, un côté du front, du cuir chevelu et de l'occiput. Le siége de la douleur variait brusquement et sans cause connue; parfois elle occupait les dents et la mâchoire. Dans les crises violentes, c'était surtout au pharynx que siégeaient les plus vives souffrances. Le visage était bien coloré, l'embonpoint ordinaire, les règles abondantes et régulières. Divers traitements avaient été employés sans succès (toniques, ferrugineux, antispasmodiques, calmants). En observant attentivement, on ne trouva aucune cause générale à ces souffrances. Cependant, presque toutes les molaires étaient profondément cariées, et, pour quelques-unes, il n'existait plus que les racines. La malade, engagée à examiner attentivement s'il n'y en avait pas quelques-unes qui fussent plus particulièrement douloureuses, signalait les douleurs comme s'irradiant surtout sur un côté de la bouche. L'avulsion de neuf dents fut exécutée pendant le sommeil chloroformique, en trois séances. On prescrivit en même temps le quinquina, la tisane de trèfle d'eau et les bains froids. A partir de ce moment, les douleurs devinrent de moins en moins fortes et allèrent en s'éloignant. La malade avait trouvé, par cette petite opération, un changement complet dans sa position. Nous nous rallions pleinement à l'opinion de M. Neucourt. L'avulsion des dents cariées ne doit pas être effacée du traitement de la névralgie faciale; et toutes les fois que l'on peut trouver quelque rapport entre le siége des douleurs névralgiques et les dents cariées, on est autorisé à y avoir recours. Cependant, comme il n'est pas sans exemple de voir l'arrachement des dents cariées exaspérer les accidents au lieu de les calmer, on comprend que l'on ne doit y recourir que lorsqu'on a épuisé sans succès la plupart des moyens rationnellement indiqués dans le traitement des névralgies. (*Archives de méd.*, juin 1849.)

NOIX VOMIQUE ET STRYCHNINE. *A quelle époque de la maladie ces substances peuvent-elles être administrées dans les paralysies consécutives à l'apoplexie.* C'est une question encore controversée parmi les médecins que celle de savoir s'il y a avantage à administrer les préparations de noix vomique dans les paralysies consécutives à l'apoplexie sanguine. Une autre question non moins embarrassante est celle de savoir à quelle époque de la maladie ces préparations peuvent être administrées sans inconvénient, et sans courir le risque de réveiller le travail phlegmasique, au niveau du point de la masse cérébrale occupé par l'épanchement. Dans les faits rassemblés par M. Chauffard dans ses œuvres de médecine pratique, on voit que, pour obtenir des préparations de noix vomique tous les avantages convenables, il faut n'y recourir qu'après que les malades ont été grandement saignés, c'est-à-dire après avoir détruit la turgescence cérébrale et la pléthore, pour que la résorption du sang extravasé et du caillot se fasse avec facilité. Dans ces circonstances, l'extrait de noix vomique, donné d'abord à la dose de 2 centigrammes, élevé graduellement, dans les vingt-quatre heures, à la dose d'un gramme; ou la strychnine, donnée d'abord à la dose de 2 centigrammes, puis à celle de 5, 6, 7 centigrammes et même plus par jour, déterminent, dans les membres paralysés, des tressaillements ou de la raideur, et facilitent à ce point la résorption de l'épanchement, que, dans un cas, un hémiplégique a recouvré, en un mois ou deux, et par conséquent d'une ma-

nière très-rapide, les mouvements et la sensibilité dans les membres paralysés. Il est cependant des cas dans lesquels les préparations de noix vomique ne sont suivies que d'améliorations tout à fait insignifiantes; il est permis de croire que ces insuccès tiennent surtout à l'étendue de la désorganisation cérébrale.

POLYPE LIPOMATEUX *inséré sur la paroi antérieure du pharynx; extirpation par un nouveau procédé opératoire.* Un homme âgé de trente-neuf ans, se plaignant depuis un an d'un sentiment particulier de gêne dans l'inspiration, accompagné de la sensation d'une sorte de soupape qui viendrait à chaque mouvement inspiratoire obturer l'entrée des voies aériennes, se présenta à la consultation de M. le professeur Laugier, où l'on constata l'état suivant. L'inspiration était très-pénible, bruyante, surtout pendant le sommeil; l'expiration était libre; la déglutition facile; la voix altérée, sourde. En abaissant la langue on apercevait, pendant l'ascension du larynx, une tumeur de la grosseur d'une petite noix, globuleuse, lisse, d'un rouge blanchâtre, située derrière l'épiglotte. En introduisant profondément l'index dans le pharynx, on sentait parfaitement la partie libre de la tumeur, et on put s'assurer qu'elle n'était pas fluctuante; sa consistance paraissait peu considérable. Bien qu'on ne pût pas déterminer d'une manière précise le siége et la limite de cette tumeur, tout portait à croire cependant qu'elle n'adhérait qu'à la paroi antérieure et qu'elle était en partie flottante, la déglutition restant libre. Pour se fixer à cet égard, on saisit la tumeur avec une pince de Museux et on l'attira en haut; on put, de cette manière, reconnaître que la base avait la largeur du reste de la tumeur, et que l'implantation avait lieu sur la paroi antérieure du pharynx, tout près de l'orifice supérieur du larynx, reposant sur la face postérieure des cartilages arythénoïde et cricoïde. Dès ce moment l'opération, reconnue possible et nécessaire, fut décidée. Mais il se présentait de graves difficultés d'exécution. La situation profonde et cachée de la tumeur, siégeant sur des parties aussi délicates, la largeur de sa base, excluaient la plupart des procédés entre lesquels on eût eu à choisir en toute autre circonstance, tels que l'arrachement, la cautérisation, la ligature. L'excision seule parut possible à M. Laugier; mais, en présence d'un cas aussi insolite et dont il existe à peine quelques rares exemples dans la science, le procédé était tout entier à créer. Voici celui que M. Laugier a mis à exécution avec un succès qui nous le fait recommander à l'attention des chirurgiens pour le cas où ils viendraient à rencontrer une affection semblable.

Le malade étant assis, la tête légèrement inclinée en arrière, la bouche largement ouverte et la langue fortement déprimée avec l'abaisse-langue, l'opérateur saisit le polype avec une pince de Museux, qu'il donne à tenir à un aide (moment de repos pendant lequel le malade respire à l'aise). Une aiguille de Deschamps, très-aiguë, et portant un fil double, traverse la tumeur de gauche à droite. Les deux chefs du fil sont retirés par la bouche; puis une sonde en gomme élastique est introduite dans la narine droite, et son extrémité ramenée par la bouche; on introduit dans les ouvertures de la sonde les deux chefs du fil, que l'on ramène ainsi par la narine. Au moyen de ce fil, la tumeur est soulevée verticalement, de manière à être parfaitement accessible à la vue, et on l'excise facilement avec des ciseaux courbes sur le plat, sans blesser l'épiglotte qui se trouve en avant.

La difficulté de cette opération consistait à ne pas comprendre, soit le pilier du voile du palais, soit la base de la langue dans l'anse du fil, et à ne pas inciser une portion de l'épiglotte ou des cartilages arythénoïdes en voulant raser de trop près le polype. Aucun de ces accidents n'a eu lieu, et l'examen ultérieur de la tumeur a permis de constater qu'on en avait enlevé la plus grande partie, sans blesser aucune des parties voisines. La tumeur enlevée était du volume de l'extrémité du pouce, c'était un polype de nature cellulo-adipeuse. (*Union médicale*, juin 1849.)

VARIÉTÉS.

—

INSTRUCTION POPULAIRE SUR LA SUETTE.

La suette règne en ce moment sur différents points de la France. Bien que cette maladie soit loin d'inspirer, aujourd'hui, les craintes qu'elle excitait autrefois, certaines populations s'en alarment. La coexistence, dans quelques localités, de la suette et du choléra ajoute encore à l'inquiétude.

Dans cette situation et en présence de préjugés dangereux qu'il importe de détruire, le ministre de l'agriculture et du commerce, qui met au premier rang de ses devoirs de veiller à la santé publique, a chargé le Comité d'hygiène de rédiger une instruction sur la suette et la conduite à tenir dans cette maladie.

Certaines contrées y sont plus particulièrement sujettes, l'ancienne Picardie, par exemple; mais aucune partie de la France n'en est complétement exempte; elle s'est montrée à différentes époques dans le Midi, et il n'y a pas longtemps que les départements du centre en étaient affectés.

Elle sévit dans les campagnes beaucoup plus que dans les villes, et on remarque que les localités humides, marécageuses et ombragées y sont le plus exposées.

Elle apparaît ordinairement sous forme épidémique, comme la grippe, la rougeole, etc.

Le voisinage des eaux corrompues et croupissantes, la malpropreté des maisons et l'altération de l'air en favorisent le développement et en augmentent la gravité, d'où il résulte que la première chose à recommander, dans une épidémie de suette, c'est l'assainissement des lieux, la propreté des maisons et le renouvellement de l'air.

La suette est caractérisée par une sueur continue, plus ou moins abondante, souvent excessive, d'une odeur particulière, et par une éruption.

Tantôt elle se déclare tout à coup; plus fréquemment elle est annoncée par du malaise, des lassitudes, un certain mal de tête, de l'oppression et de la fièvre.

Dans bien des cas, la sueur est toute la maladie, et l'on en est quitte en quelques jours.

A ce premier degré de la suette, il suffirait souvent de quelques jours de repos et des soins les plus simples pour en arrêter le développement.

Le plus ordinairement il survient, vers le troisième ou le quatrième jour, une éruption soit partielle, soit générale, tantôt blanche, transparente et perlée comme des grains de millet, d'autres fois rouge, boutonneuse ou vésiculeuse et accompagnée d'une vive irritation de la peau.

Ainsi que dans les maladies éruptives en général, l'éruption est presque toujours suivie de soulagement.

Cette éruption dure trois ou quatre jours, puis elle s'éteint; la convalescence se prononce, et la guérison est bientôt complète. La maladie, en tout, a duré de six à huit jours.

Telles sont, dans l'immense majorité des cas, la marche simple de la suette et sa terminaison heureuse.

Les accidents que l'on observe, les morts que l'on a à déplorer sont, en

général, ou le résultat de complications, ou la conséquence de la manière dont se gouvernent les malades.

On se persuade, dans les campagnes surtout, qu'il est absolument nécessaire de tenir les malades très-chaudement et de les faire suer. En conséquence, on les couvre avec excès, on les surcharge, on les étouffe pour ainsi dire ; on leur donne en même temps des boissons chaudes et excitantes, du vin chaud ; on va même jusqu'à les empêcher de dormir.

Rien de plus dangereux : c'est presque toujours de là que viennent les accidents observés, le délire, l'oppression, une fièvre violente, et l'on peut assurer, sans exagération, que ces mauvaises pratiques font souvent plus de victimes que la maladie elle-même.

Dans les épidémies de suette regardées comme très-graves et où il mourait, en effet, beaucoup de monde, on a remarqué, et cela encore tout récemment, qu'il suffisait de renoncer à l'emploi de pareils moyens pour voir diminuer aussitôt et même cesser la mortalité.

On ne saurait donc trop le dire, la suette en elle-même, et sous sa forme la plus ordinaire, n'est pas, en général, une maladie grave ; la gravité est l'exception et résulte, dans la majorité des cas, du préjugé qui porte à couvrir les malades outre mesure, à leur faire prendre des boissons chaudes et excitantes, et à provoquer des sueurs immodérées.

D'après l'expérience de tous les temps, et les conseils des médecins les plus éclairés et qui ont le mieux observé la suette, voici à quoi doit se réduire la conduite à tenir dans cette maladie :

1° Il faut d'abord éviter une erreur très-commune en temps d'épidémie de suette, c'est de considérer comme ayant la maladie toute personne qui est prise d'une sueur un peu abondante ; la sueur seule ne constitue pas la suette ; il s'y joint le mal de tête et une oppression particulière, avec serrement au bas de la poitrine et au creux de l'estomac.

2° Quand on éprouve, sans cause connue, ces trois choses, la sueur, le mal de tête et l'oppression, il faut rester au lit ; quelques médecins pensent que l'on pourrait s'en dispenser et conseillent de traiter les malades levés.

3° Il faut se couvrir modérément, comme on se couvre d'habitude ; et même moins que d'habitude ; il suffit, dans les grandes chaleurs, saison ordinaire de la suette, d'un simple drap de lit ou de la couverture la plus légère.

4° A mesure que la sueur vient et que l'on est imbibé, il faut changer de linge, avec la précaution, bien entendu, de ne mettre que du linge propre et bien sec.

Se persuader qu'il y a avantage à rester dans sa sueur est un préjugé aussi dangereux que contraire à la propreté.

5° Il faut bien se garder de donner des boissons chaudes, aromatiques ou stimulantes, ou du vin chaud. Il faut donner, au contraire, des boissons adoucissantes et à peine tièdes, ou à la température de la chambre.

Ces boissons seront, selon le goût du malade, une infusion de fleurs de mauve, une décoction d'orge ou de chiendent, de l'eau panée, quelquefois une infusion de fleurs de tilleul ou de fleurs d'oranger, sucrées ou miellées.

Elles doivent être prises en quantité modérée, c'est-à-dire par petites tasses ou demi-verres.

Beaucoup de médecius donnent la préférence à une limonade légère, d'autres au petit-lait.

L'abbé Tessier, cet ami des cultivateurs et qui leur a laissé, sur beaucoup de choses, de si excellents conseils, ayant eu occasion, anciennement, de traiter la suette à Hardivilliers, en Picardie, employait tout simplement de l'eau dans laquelle, faute de citron ou d'orange, il faisait infuser un peu d'oseille.

On pourrait conseiller également de l'eau de réglisse ou une tisane de pommes de reinette.

On ne doit pas craindre d'accorder aux malades, de temps en temps, quelques cuillerées d'eau fraîche.

6° Il faut en même temps supprimer toute espèce de nourriture solide, et donner tout au plus quelques petits bouillons ou du lait.

7° L'air de la chambre doit être renouvelé souvent. Il faut tenir les rideaux ouverts, et même éloigner le lit de la muraille, afin que l'air puisse circuler librement.

8° Bien loin d'empêcher les malades de dormir, il faut respecter leur sommeil et écarter soigneusement tout ce qui pourrait le troubler.

9° Si le mal de tête était un peu violent, on pourrait, en attendant le médecin, donner un bain de pieds auquel on ajouterait de la farine de moutarde ou une pelletée de cendres. On pourrait aussi mettre les mains dans un bain préparé de la même manière, et appliquer des sinapismes soit aux pieds, soit aux mains.

Par ces moyens, la sueur reste modérée, l'éruption se fait bien, et la maladie parcourt ses périodes naturellement et presque toujours sans danger.

On a remarqué que les malades qui se gouvernent ainsi se rétablissent, en général, promptement, tandis que ceux que l'on a chargés de couvertures, et auxquels on a fait prendre des boissons excitantes restent très-longtemps faibles et ont beaucoup de peine à se remettre.

Ainsi donc, peu ou pas de chaleur ni d'excitants; des couvertures légères et des boissons douces, simplement tièdes et même fraîches; un air pur et souvent renouvelé; la diète ou un peu de bouillon; quelquefois un bain de pieds ou des sinapismes; tels sont les moyens à opposer à la suette dans le plus grand nombre de cas.

Ces indications ne sauraient dispenser de recourir au médecin; il faut, au contraire, l'appeler le plus promptement possible, car il est des cas qui réclament absolument sa présence. Une saignée est quelquefois nécessaire, particulièrement au début; plus souvent un vomitif et quelques autres médicaments; le médecin seul doit en décider. Il ne s'agit ici que des soins généraux, de ces soins qui sont du domaine de tout le monde, et que l'on peut toujours employer en attendant l'arrivée du médecin.

Les membres de la Commission,
BUSSY, LAFFON DE LADÉBAT, MAGENDIE,
et MÉLIER, rapporteur.

La modification heureuse que notre dernier numéro signalait dans la marche de l'épidémie ne s'est pas démentie : le chiffre des entrées dans les hôpitaux et hospices civils est descendu graduellement à douze par jour dans la journée du 5 juillet; et si, à partir de cette époque, ce chiffre s'est

un peu élevé, c'est de si peu, qu'on ne saurait y voir une véritable recrudescence. Toutefois, l'influence de la chaleur s'est traduite par une élévation lente, mais progressive, dans le chiffre des entrées. En revanche, le chiffre des décès s'est très-notablement abaissé. Dans les hôpitaux militaires, la diminution est encore plus sensible que dans les hôpitaux civils. Depuis quinze jours, l'hôpital du Gros-Caillou n'a pas reçu un seul cholérique ; au Val-de-Grâce, on en reçoit un par jour, en moyenne. L'état sanitaire de Paris est donc très-satisfaisant ; et quoiqu'on puisse encore redouter une exacerbation si les chaleurs viennent à prendre une nouvelle activité, il est permis de croire que cette recrudescence, si elle a lieu, ne présentera rien de pareil à celle que nous avons éprouvée au mois de juin.

Le gouvernement a cessé de publier, depuis le 2 juillet, le chiffre de la mortalité en ville, attendu (est-il dit dans le *Moniteur*) la diminution presque constante de la mortalité occasionnée par le choléra dans la ville de Paris et le chiffre peu élevé des décès. Les renseignements que nous avons recueillis démontrent que la mortalité reste stationnaire en ville, dans les chiffres peu élevés de 12 ou 15 décès par jour. Le total général des décès en ville était, le 6 juillet, de 8,780 ; si on ajoute à ce chiffre celui des décès dans les hôpitaux, qui est de 6,655, on arrive à un total de 15,435 décès pour la ville de Paris seulement. Or, l'épidémie de 1832, qui a laissé de si cruels souvenirs, n'a compté que 18,000 victimes. Tout fait croire que l'épidémie de 1849 ne s'éloignera pas beaucoup de son aînée.

Dans les départements, les dernières nouvelles annoncent l'invasion de l'épidémie dans les Ardennes et la Vendée, où elle n'avait pas encore paru. 37 départements sur 86 ont été atteints par le fléau.

A l'étranger, c'est surtout dans la partie méridionale des Etats-Unis, dans la Louisiane, au Texas, etc., que le choléra exerce de terribles ravages. La ville de New-York a aussi beaucoup souffert. En Europe, il y a eu une recrudescence en Angleterre, en Belgique et en Prusse. La ville de Breslau et celle de Halle ont été plus particulièrement frappées. Près du treutième de la population a succombé au fléau dans cette dernière ville.

Il est question d'accorder des récompenses aux médecins de Paris et aux élèves, à l'occasion du choléra. L'initiative est partie, cette fois, du ministère de l'intérieur et de celui de l'instruction publique. 50 croix de chevaliers de la Légion-d'Honneur et 3 ou 4 croix d'officiers seront distribuées, tant parmi les médecins des hôpitaux et de la ville, que parmi les élèves des hôpitaux et les élèves envoyés en mission dans les localités envahies par l'épidémie. On assure que les élèves internes des hôpitaux se sont ou ont été réunis, le 8 juillet courant, pour décider lesquels d'entre eux seraient désignés au choix du ministre pour la croix d'honneur. MM. les élèves auraient refusé, dit-on, toute distinction honorifique. Ce serait, à notre avis, répondre bien mal à la sollicitude du ministère. Le corps médical n'est pas habitué à une telle déférence, qu'il doive refuser des distinctions parfaitement gagnées au milieu des dangers de l'épidémie actuelle. Nous savons, au surplus, que les médecins de la Salpêtrière ont écrit au ministre pour protester contre cette décision des internes.

L'Académie de médecine a procédé, dans la séance du 3 courant, à la nomination d'un nouveau membre dans la section de pathologie chirurgicale. Les six candidats admis par la Commission étaient, dans l'ordre alphabétique, MM. Larrey, Maisonneuve, Nélaton, Ricord, Robert et Vidal (de Cassis). Dans un premier scrutin, M. Robert a obtenu 36 suffrages, M. Ricord 32, M. Larrey 19. Au second tour, M. Robert a eu 44 voix, M. Ricord 41, M. Larrey 7. Un scrutin de ballottage a eu lieu entre M. Robert et M. Ricord; il a donné 44 voix à chacun de ces candidats. Une voix, qui pouvait faire la majorité, s'est égarée sur M. Larrey. Sur la proposition de M. Orfila, l'élection a été renvoyée au 17 courant. Au commencement de cette séance, M. Vidal (de Cassis) avait adressé à l'Académie le désistement de sa candidature.

En vertu d'un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 5 de ce mois, un concours public sera ouvert le 15 novembre 1849, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire de médecine opératoire, restée vacante par le décès de M. Blandin.

En vertu d'un arrêté de même date, un concours sera ouvert le 19 novembre 1849, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour trois places d'agrégés vacantes en cette Faculté : savoir, une dans la section des sciences anatomiques et physiologiques, une dans la section de chirurgie, et une dans la section de médecine. Le registre des inscriptions sera ouvert au siége de ladite Faculté jusqu'au 19 octobre prochain.

Un concours sera ouvert le 23 juillet, à l'administration des Hôpitaux de Paris, pour deux places de médecins, vacantes au bureau central. Le jury se compose de MM. Baillarger, Beau, Duméril, Duplay, Hardy, Piédagnel, Roux, Malgaigne, Thevenot de Saint Blés, juges titulaires; et de MM. Paul Dubois et Clément, juges suppléants. Les concurrents, au nombre de vingt-sept, sont MM. Bouchut, Aran, Hillairet, Lasègue, Frémy, Delpech, Champeaux, Beruutz, Champmartin, Moutard-Martin, Mathis, Racle, Séc, Boucher de la Ville, Jossy, Oulmont, Gabalda, Fournet, Samson (A.), Bourdon, Poterin du Motel, Fleury, Burguière, Terrier, Bergeron, Milcent, et Davasse.

Un concours sera aussi ouvert, le 30 juillet, pour une place de pharmacien en chef, pour l'hôpital Sainte-Marguerite.

L'Académie des sciences de Toulouse avait mis au concours la question suivante : Exposer, d'après l'état actuel de la science, 1° la nature et le véritable siége de la colique saturnine; 2° les signes qui peuvent la faire distinguer des affections abdominales qui ont avec elle quelque ressemblance; 3° les indications curatives qu'elle présente, et la médication rationnelle pour les remplir. L'Académie a accordé une médaille d'or de la valeur de 500 francs et le titre de correspondant à M. Brachet, de Lyon, pour le beau Mémoire qu'il a envoyé sur ce sujet.

La Société de médecine de Toulouse, dans sa séance annuelle, tenue le mois dernier, a décerné une médaille d'or de 200 francs à M. Dorvault, pharmacien à Paris, pour sa *Monographie chimique, médicale et pharmaceutique de la magnésie et des sels magnésiens*; une médaille d'or de 200 francs au docteur Borelli, professeur de la Faculté de Turin, pour son *Mémoire sur les injections iodées*, et une autre médaille d'or de 100 francs au docteur Abeille, médecin en chef de l'hôpital de Givet. Des diplômes de membres correspondants ont, en outre, été accordés aux lauréats.

La Société de chirurgie a procédé, dans sa séance du 4 juillet, au renouvellement de son bureau. Ont été nommés : président, M. Deguise père; vice-président. M. Danyau; secrétaire, M. Larrey; vice-secrétaire, M. Deguise fils; trésorier, M. Marjolin. Le Comité de publication reste composé de MM. Chassaignac, Cullerier et Gosselin.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES ACCIDENTS DÉTERMINÉS PAR LES CRUSTACÉS OU POISSONS TOXICOPHORES, ET DE LEUR TRAITEMENT.

Il n'est pas de médecin qui n'ait eu occasion d'observer, dans le cours de sa pratique, les accidents dont nous nous proposons de parler ici, et qui n'ait reconnu l'incertitude de la science quand il s'est agi de déterminer la cause de ces étranges phénomènes. Une foule d'explications ont été données pour rendre compte de ces accidents. Les uns, comme Burrows, les font dépendre d'une altération des fluides sécrétés, altération qui rend le venin plus actif après la destruction des forces vitales ; d'autres, comme Chisholm, Beussie, etc., supposent que les mêmes animaux n'exercent sur l'homme une influence délétère que parce qu'ils ont eux-mêmes accidentellement absorbé quelque poison végétal ou minéral, ou contiennent dans leur intérieur des crabes, de petites étoiles marines, ou ont été contaminés par une écume jaunâtre, par une matière que l'on appelle crasse, et qui se trouve dans la mer (Lamouroux). Le docteur Edwards, abordant lui-même cette question, rejette toutes ces explications, et n'hésite point à attribuer les accidents éprouvés par les malades à l'idiosyncrasie, à une aptitude spéciale du tube digestif, et parvient ainsi certainement à expliquer un certain nombre de faits, mais en laisse une foule d'autres complétement inexpliqués. M. Orfila, venant après tous les auteurs que nous venons de citer, passe en revue ces diverses explications, en regarde quelques-unes comme plus plausibles que les autres, et finit par déclarer la question insoluble dans l'état actuel de la science.

Nous n'avons pas la prétention d'aborder ce problème dans la généralité des faits qu'il embrasse, et d'aller plus loin que le savant toxicologiste que nous venons de citer ; nous nous proposons uniquement de citer quelques observations, qui tendent à démontrer que, dans quelques cas au moins, le vulgaire, qui ne va pas aussi loin que les savants chercher ses théories, a raison sur ses laborieux émules. Nous savons tous que, quand un individu vient à éprouver les accidents de l'espèce particulière d'empoisonnement dont il s'agit après avoir mangé du poisson, les gens du monde n'hésitent point à attribuer ces accidents à l'action délétère des œufs que celui-ci contenait. Aussi, dans un grand nombre de pays où l'on se livre à la pêche, est-*il* d'une prudence vulgaire de ne soumettre le poisson aux préparations culinaires qu'après l'avoir, au préalable, débarrassé du frai qu'il peut

contenir. Or, que faut-il penser de cette pratique qui, au sein des savants, ne repose que sur un préjugé? Telle est la question limitée dont nous nous proposons de nous occuper ici.

La question ainsi posée, il faut reconnaître tout d'abord que si, comme l'a établi M. Moreau de Jonnès, il est un certain nombre de poissons et de crustacés essentiellement délétères, il en est de même de quelques-uns de ceux qui sont propres à nos climats, et que, parmi ceux-ci même, il n'en est qu'un fort petit nombre qui le deviennent accidentellement. Il en est ainsi, par exemple, des moules, du brochet, de la carpe, du barbeau, du congre, des crevettes. C'est même ce fait d'aptitude vénéneuse accidentelle qui a porté un des auteurs que nous avons cités précédemment, le docteur Edwards, à rendre responsable des accidents l'idiosyncrasie individuelle. Nous avons dit que, dans un certain nombre de cas, il n'en était pas autrement; cela ne saurait être douteux pour personne, en présence des faits suivants que rapporte cet observateur distingué. Une dame ne saurait manger une seule moule, sans présenter les symptômes qu'on qualifie d'empoisonnement. Une autre a une disposition habituelle de l'estomac qui répugne absolument à l'oseille et aux petites raves, disposition que partage sa fille, et les moules ne leur sont pas contraires. Une autre dame ne peut manger des fraises sans éprouver une violente indigestion. Il en est de même d'une de ses sœurs lorsqu'elle mange des harengs; enfin, une autre sœur ne peut manger des moules sans qu'elles lui causent du gonflement et des éruptions cutanées.

Il est évident que, dans ces divers cas, il ne faut pas plus chercher un délétère dans les moules ou les harengs que dans l'oseille ou les fraises, contre lesquelles se révolte également le ventricule gastrique; c'est là une sorte d'antipathie physiologique innée dans quelques-uns, acquise chez quelques autres, qui ne peut être étudiée que comme phénomène vital dont la cause échappe au creuset du chimiste, tout comme au scalpel de l'anatomo-pathologiste.

Mais, chose remarquable, dans quelques cas cette impressionnabilité anormale de l'estomac n'est pas seulement mise en jeu par le contact direct de la muqueuse gastrique avec les aliments, la vue seule de l'objet de la répugnance, une odeur antipathique, suffisent pour exciter une violente perturbation des fonctions digestives. Qu'il nous soit permis de citer à cet égard un fait singulier, que nous avons eu dernièrement occasion d'observer. M. P., ancien peintre-vitrier, a eu de fréquentes atteintes de colique saturnine dans sa laborieuse carrière, qui a fini par le conduire à une fortune honorable. Là s'était bornée l'influence des émanations plombiques auxquelles il avait été soumis. En 1832, il

fut frappé du choléra : il guérit; mais cette redoutable affection a développé chez lui une antipathie invincible pour les odeurs diverses au milieu desquelles il avait si longtemps vécu. Il y a quelques jours, il sortait de table et se promenait dans son jardin, quand l'air lui apporta inopinément une de ces odeurs pour lesquelles il a tant d'aversion ; à l'instant même il sentit que sa digestion était troublée. Peu de temps après il se mit au lit, et fut pris de vomissements violents qui durèrent toute la nuit. Des coliques vinrent ensuite, accompagnées de diarrhée ; enfin, à l'aide de moyens simples, repos, diète, infusion théiforme, bain, les accidents disparurent sans laisser de trace.

Si l'impression d'une simple odeur sur le système nerveux suffit, dans quelques cas analogues à celui que nous venons de citer, pour éveiller les contractions antipéristaltiques du ventricule gastrique, on conçoit *à fortiori* qu'un aliment ingéré, et mis en contact direct avec cet organe, puisse, comme dans les cas rapportés par le docteur Edwards, déterminer le même résultat chez des individus prédisposés : mais en est-il toujours ainsi, et dans tous les cas où l'usage de crustacés ou de poissons détermine des accidents cholériformes, peut-on attribuer cet effet à la sensibilité morbide de l'estomac? Non certainement, et le fait suivant va le démontrer de la manière la plus rigoureuse.

Une famille, composée du père, de la mère, d'un petit garçon et d'une petite fille (la famille de M. Guyot, négociant), mange un barbeau que leur avait apporté une parente qui vint les visiter. Ce barbeau venait d'être pêché dans la Marne, et était parfaitement sain. Ce poisson était très-gros et contenait une quantité de frai considérable. M. Guyot, sa femme, ses enfants mangent à peu près uniquement de ces œufs qui avaient un goût excellent. La personne qui avait offert ce poisson à ses parents mange de la chair de celui-ci, et seule ne mange point d'œufs. Or, qu'advint-il de là? Le père, la mère et les enfants sont pris presque simultanément des mêmes accidents, tandis que cette dernière, qui n'avait point touché au frai, en est complétement exempte. Ces accidents furent les suivants : la petite fille, la plus jeune de toute la famille et âgée de quatre ou cinq ans, est prise la première : elle se plaint d'envie de vomir, pâlit et rejette tout son dîner. On suppose d'abord qu'il ne s'agit chez cette enfant que d'une indigestion ; mais bientôt le père, à son tour, éprouve des nausées, puis des coliques atroces : enfin lui aussi vomit. Puis vient le tour de la mère et du petit garçon, qui présentent à peu près en même temps les mêmes symptômes. C'est alors que nous fûmes appelé pour voir les malades. Tous les quatre vomissaient à tour de rôle ou simultanément, et leur

physionomie portait l'empreinte d'une vive anxiété. Le petit garçon surtout avait l'air excessivement inquiet, il se croyait atteint du choléra, qui commençait alors à sévir d'une manière sérieuse à Paris. Ces accidents s'étaient développés environ deux heures après le repas. Les matières vomies consistaient d'abord en aliments imparfaitement digérés ; plus tard, les malades ne vomirent guère que les liquides ingérés. En même temps que nous observions ces symptômes, les malades se plaignaient de douleurs vives à l'estomac, puis de coliques qui, chez tous, furent suivies de déjections alvines abondantes. Le pouls était petit, serré, fréquent; peu ou point de soif, langue naturelle, ventre tendu, douloureux à la pression. Après que ces accidents eurent duré un certain temps, la petite fille s'endormit, et fut mise au lit. Nous fîmes également coucher la mère, qui se plaignait d'un froid intense, et se livrait à d'affreux efforts de vomissements. Nous mîmes tous les malades à l'usage d'une infusion de tilleul et de fleurs d'oranger, et fîmes ajouter à chaque tasse quelques gouttes d'éther sulfurique. Peu à peu les vomissements s'éloignèrent, et finirent, sans laisser d'autres traces qu'un sentiment de faiblesse et de courbature, qui lui-même se dissipa bientôt sous l'influence des excitants normaux de la vie.

Il nous paraît difficile, en présence de cette expérience si nette et si tranchée, de ne point reconnaître que tout n'est pas préjugé dans l'opinion vulgaire qui attribue à l'influence du frai les accidents toxiques qu'on voit parfois se développer à la suite de l'usage du poisson. De cinq personnes, une seule ne mange point d'œufs, et seule aussi elle est exempte d'accidents, pendant que les autres, qui n'ont pas eu la même prudence, sont toutes empoisonnées. Évidemment là est la cause du mal; il ne faut point la chercher ailleurs. Peut-on admettre ici l'explication du docteur Edwards? M. Guyot a un tempérament éminemment nerveux, et m'a plusieurs fois offert des accidents gastralgiques; il a pu transmettre cette disposition à ses enfants, qui auraient ainsi hérité de leur père une impressionnabilité nerveuse anormale, en vertu de laquelle se seraient produits, sous l'influence de la même cause, les mêmes accidents. Mais la mère? Ici la chaîne se brise, et il ne faut rien moins qu'une hypothèse pour en rétablir la continuité. Non, là n'est point l'explication du fait. La cause réelle des accidents est l'ingestion d'une substance, qui agit simultanément sur ceux-là seuls qui l'ont ingérée. Mais, s'il est impossible de douter que là ne réside réellement la cause des accidents observés, ce simple fait ne donne point l'explication scientifique du phénomène. Nous avons demandé à M. Guyot s'il lui était arrivé déjà de manger un aliment semblable, et s'il l'avait fait impunément? Il nous a répondu d'une manière affirma-

tive. Le frai du poisson n'est donc pas toujours identique, puisqu'il se révèle par des phénomènes aussi différents, quand il est mis en contact avec certains organismes. Nous ne savons si les chimistes, si les micrographes ont tenté de saisir ces différences ; mais nous doutons qu'ils y parviennent. Le seul réactif capable de distinguer le frai toxique du frai alibile est l'estomac vivant, peut-être, comme le sperme seul du mâle distingue les œufs aptes à être fécondés de ceux qui n'ont plus ou qui n'ont pas encore cette aptitude.

Nous ferons encore une remarque, qui n'est point encore hors de saison, à propos des faits que nous venons de rapporter. Nous avons dit que le choléra commençait à sévir d'une manière sérieuse à Paris alors que nous observions ces accidents : aussi, d'après les rapports incomplets qui nous furent faits quand on vint nous demander, notre première impression fut que ces malheureux étaient peut-être atteints de l'épidémie. Cette impression dura peu cependant. Quelque féroce que se montre cette maladie quand elle s'attaque à quelques familles qu'elle décime de la façon la plus cruelle, ses atteintes sont successives, non simultanées (c'est même là un fait qui nous embarrasse un peu, nous qui naguère encore soutenions ici même la thèse de la contagion de cette maladie) ; et ici la simultanéité portait, non pas seulement sur deux individus, mais sur quatre. Ils avaient donc été soumis à une influence qui avait agi dans un même moment sur tous les quatre à la fois. Nos questions furent dirigées dans ce sens, et bientôt nous découvrîmes la véritable cause du phénomène que nous avions sous les yeux.

Que dirons-nous maintenant des traitements à opposer aux accidents développés par les poissons ou les crustacés que M. Moreau de Jonnès a appelés toxicophores. Le plus ordinairement ces accidents se dissipent spontanément, comme on l'a vu dans les cas que nous venons de rappeler. C'est un éméto-cathartique administré plus ou moins intempestivement, et contre lequel la vie, dans la plupart des cas, réagit noblement, ainsi que le dit, dans son langage figuré, M. le professeur Réeamier. Mais il arrive quelquefois que les accidents sont plus graves, et que la vie est mise en péril, succombe même dans une lutte inégale. Malheureusement, dans ces cas, la science n'a que des ressources bien précaires. Les acides, l'éther ne sont guère qu'une sorte d'expectation dissimulée, et ne développent ici que des propriétés spécifiques bien douteuses. Toutefois, si l'organisme échappe à la première atteinte du mal, l'art a plus de prise contre les phénomènes secondaires, et la méthode antiphlogistique, un régime sévère et bien calculé peuvent achever l'œuvre de réparation que la réaction spontanée de la vie a si heureusement commencée.

Max. Simon.

SUR LES BONS EFFETS DES ONCTIONS STIBIÉES A HAUTE DOSE, PRATIQUÉES SUR LE CUIR CHEVELU, DANS LE TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE.

Par M. le docteur HAHN, médecin de l'hôpital Joséphine, à Aix-la-Chapelle.

De toutes les maladies du jeune âge, la méningite tuberculeuse est peut-être l'une des plus fréquentes et des plus graves. Des enfants se développent souvent pendant quelque temps dans une apparence de santé, et succombent ensuite, moissonnés par un mal d'autant plus terrible, que sa marche n'est ordinairement pas très-aiguë et donne lieu à un long appareil de souffrances. Le traitement de cette affection est malheureusement fort loin d'être arrivé à un degré de précision suffisant, et, bien que les archives de la pratique médicale nous aient conservé des exemples de guérison obtenue par divers moyens thérapeutiques, il s'en faut cependant de beaucoup que leur valeur curative soit suffisamment appréciée. Je crois donc faire une chose utile en essayant, dans ce travail, de déterminer quelles sont les diverses formes de méningite tuberculeuse, celles qui offrent le plus de chances de guérison, et quels sont, parmi les agents thérapeutiques, ceux dont on peut se promettre le plus de succès dans des cas donnés.

Considérée dans ses rapports avec la tuberculisation, la méningite tuberculeuse présente, sous le point de vue thérapeutique, trois différences notables. Dans quelques cas, elle se développe presque soudainement chez des sujets en apparence sains et sans traces de tubercules; la méningite surprend alors le malade d'emblée, sans symptômes avant-coureurs, ou si l'enfant s'est trouvé indisposé avant l'invasion de la phlgmasie, cette indisposition ne date du moins que de peu de jours. Dans d'autres cas, le jeune malade, sans présenter les signes d'une tuberculisation des organes de la respiration ou de la digestion, n'en a pas moins déjà langui pendant un temps plus ou moins long avant l'invasion de la méningite. Enfin, dans une troisième série de cas, la tuberculisation a déjà envahi un ou plusieurs organes soit thoraciques, soit abdominaux, soit de l'une et de l'autre cavité à la fois, avant de s'étendre au cerveau ou à ses dépendances, et d'y développer la méningite.

La méningite tuberculeuse est, dans bien des cas, une maladie héréditaire, et la prédisposition se manifeste souvent, dans ces cas, par une structure particulière du crâne, tout comme la prédisposition à la phthisie pulmonaire se révèle ordinairement par une structure particulière du thorax. Ici se présente une importante question, c'est celle de savoir si notre art possède des moyens de prévenir l'invasion de la

maladie chez des enfants ainsi prédisposés. On a proposé, dans ce but, l'usage des exutoires, et, pour ma part, je m'en suis généralement bien trouvé, mais toutefois en y ajoutant une alimentation roborante, dans la proportion de l'âge et de la constitution du sujet. On doit encore recommander un exercice modéré dans un air vif et pur, en évitant l'action des rayons solaires sur la tête, et des lotions froides sur le crâne. Enfin, on doit éviter de développer trop rapidement l'intelligence, qui est généralement très-précoce. De son côté, le médecin doit éviter d'employer, chez les sujets qu'il peut croire prédisposés, des moyens narcotiques, tels que l'opium, la belladone, etc. ; surveiller les suites de certaines maladies de l'enfance qui peuvent devenir le point de départ de la méningite, et aussi du travail de la dentition qui en favorise régulièrement l'invasion par les congestions sanguines vers la tête qu'elle détermine.

Dans la première forme de la méningite tuberculeuse, celle qui n'est pas précédée de prodromes et où prédominent les phénomènes phlegmasiques, il est évident que le traitement doit avoir pour but d'enrayer la phlegmasie afin d'empêcher le développement des granulations tuberculeuses et l'épanchement séreux dans les ventricules. Nous ne nous arrêterons pas sur cet ensemble de moyens qui constituent la médication antiphlogistique ; mais nous dirons quelques mots du traitement interne, sur l'utilité duquel les médecins sont loin d'être tous d'accord.

Deux médicaments ont plus particulièrement obtenu le suffrage des praticiens, ce sont le tartre stibié et le calomel.

Le tartre stibié, qui, administré à hautes doses, exerce une action déprimante sur le cœur et le système artériel, détermine une irritation plus ou moins prononcée dans l'estomac et le canal intestinal et favorise la transpiration ainsi que la plupart des autres sécrétions, est, sans contredit, un moyen puissant pour combattre les congestions sanguines de la tête, chez les sujets robustes et pléthoriques ; mais on ne doit pas oublier, d'un autre côté, qu'on a ordinairement à traiter des enfants en bas âge et que, plus le sujet sera jeune, plus il y aura du danger à surexciter les voies digestives. Aussi le traitement de la méningite par des vomitifs réitérés a-t-il été, ce me semble, justement rayé de la pratique de la plupart des médecins. Il en est à peu près de même de l'emploi du tartre stibié à dose contre-stimulante. L'emploi de ce médicament actif n'offre aucune sécurité chez des malades d'un âge tendre. On ne pourrait l'employer avec quelque confiance que pour combattre une méningite tuberculeuse qui se déclarerait chez un adulte dont les organes digestifs seraient intacts, et dont le pouls aurait une grande fréquence, de la dureté et de la plénitude. Des émissions sanguines de-

vront d'ailleurs, dans la plupart des cas, précéder l'emploi du tartre émétique à hautes doses. Quant à l'emploi du tartre stibié à doses fractionnées, je ne sache pas qu'il ait jamais été recommandé bien sérieusement dans la méningite tuberculeuse. Ce moyen altérant et légèrement dérivatif ne produirait guère d'effet dans une maladie aussi grave.

Le moyen interne le plus généralement employé dans la méningite tuberculeuse est le calomel. Ce sel métallique offre des avantages d'autant plus précieux que, même chez les enfants en bas âge, il n'offense ordinairement pas les organes de la digestion, à moins qu'on ne l'emploie à des doses excessives. Ses propriétés pharmaco-dynamiques sont néanmoins très-énergiques. Il diminue la plasticité du sang, et augmente la plupart des sécrétions. Il agit ainsi d'une manière spécifique dans les maladies inflammatoires, pour en déterminer la résolution, si elle est encore possible; sinon, pour faciliter du moins la résorption des épanchements. Dans la méningite tuberculeuse, le calomel offre encore l'avantage de remédier à la constipation, qui est fort opiniâtre chez la plupart des malades. De telles propriétés ne pouvaient manquer de donner une grande vogue à ce médicament ; mais à quelle dose convient-il d'administrer le calomel dans cette maladie ? Ici, les praticiens sont dans un grand désaccord, et ce désaccord a jeté une incertitude déplorable sur l'emploi d'un agent aussi utile. Pour moi, je pense que le calomel, administré au début de la méningite, offre des avantages que ne présentent pas les autres médicaments antiphlogistiques, pourvu toutefois que la constitution du malade ne soit pas trop affaiblie par une longue durée des prodromes. Seulement je crois que la dose la plus ordinaire devra varier d'un quart de grain à un grain entier suivant l'âge, cette dernière dose étant réservée pour les enfants au-dessus de deux ans ; que le médicament ne devra être administré que de deux heures en deux heures, et que l'usage ne devra en être continué que pendant quatre à cinq jours au plus. En outre, il faudra avoir soin d'examiner très-souvent la bouche de l'enfant malade, et se désister de l'usage du calomel dès qu'on apercevra la moindre irritation aux gencives. Enfin, on aura soin d'entretenir la liberté du ventre, en employant, s'il le faut, des lavements plus ou moins irritants.

Le professeur Albers et plusieurs autres praticiens ont vanté l'action du sulfate de quinine dans la méningite tuberculeuse. Ils le donnent comme tonique, pour empêcher, comme ils disent, le ramollissement de certaines parties du cerveau, qui accompagne assez ordinairement les épanchements, et trouvent encore une indication pour la quinine dans cette circonstance que la fièvre qui accompagne la méningite tuberculeuse a assez souvent un

type rémittent, même quelquefois presque intermittent. Si le sulfate de quinine pouvait jamais être utile dans des cas de méningite, ce ne serait jamais que dans des cas de cette catégorie. Je doute néanmoins que ce médicament soit jamais véritablement indiqué, et je suis tenté de croire que son emploi est le résultat de certaines vues théoriques plutôt que celui de l'expérience. Cependant, parmi les cas de guérison que j'ai recueillis, il y en a un où j'ai employé moi-même l'extrait de quinquina pendant la longue durée de la période de l'épanchement, pour obvier à la faiblesse du malade ; mais l'expérience m'a prouvé plus tard que le succès a été uniquement dû à la pommade stibiée que j'avais employée en même temps, et que l'extrait de quinquina, dont j'avais d'ailleurs usé à faibles doses, n'y a probablement contribué pour rien.

On a aussi recommandé la digitale dans les dernières périodes de méningite tuberculeuse, et on l'emploie, soit seule, soit en combinaison avec le calomel. L'efficacité de la digitale dans quelques espèces d'hydropisie a sans doute conduit les praticiens à l'essayer dans les épanchements qui sont une suite de la méningite tuberculeuse. J'en ai moi-même fait quelquefois l'essai, mais je n'ai jamais obtenu une guérison de méningite que je pusse attribuer à l'emploi de ce médicament.

D'autres praticiens ont mis quelque confiance dans l'usage interne des préparations iodurées, à cause de leur efficacité bien connue dans les maladies scrofuleuses ; mais les maladies dans lesquelles on emploie avantageusement ces préparations sont généralement des maladies chroniques, non fébriles, dans lesquelles on peut user de ces médicaments pendant des semaines et des mois ; tandis que ces mêmes préparations deviennent du moins inutiles, sinon nuisibles, lorsqu'on en fait usage dans les maladies fébriles. Aussi l'efficacité des préparations iodurées dans la méningite tuberculeuse est loin d'être démontrée à nos yeux.

Les considérations qu'on vient de lire m'ont fait généralement abandonner l'usage interne de la digitale, du calomel et des préparations iodurées à une époque avancée de la méningite tuberculeuse. Dans la plupart des cas de ce genre, je ne fais usage d'aucun médicament interne ; quelquefois, cependant, j'emploie simplement une solution d'acétate de potasse, pour activer la sécrétion des urines ; mais je dois ajouter que, même dans ces derniers cas, je ne puis attribuer les succès que j'ai obtenus qu'à l'énergie du traitement externe.

C'est donc au traitement externe que l'on peut avoir recours avec le plus de succès. L'expérience a constaté, dans un grand nombre de cas, l'efficacité des moyens révulsifs puissants pour obtenir l'absorption des produits morbides de la méningite tuberculeuse ; mais de ces révul-

sifs, le plus énergique, à mon avis, est la pommade stibiée. Après avoir fait raser les cheveux au sommet de la tête, on y fait les frictions, en ayant soin de frotter légèrement, au moins pendant une dizaine de minutes, puis on couvre la partie avec un morceau de linge que l'on a enduit de la même pommade. On renouvelle ces frictions de deux en deux heures. Comme les pustules ne commencent ordinairement à paraître qu'au bout de vingt-quatre heures de traitement, et qu'il faut encore quelque temps pour qu'elles prennent un développement suffisant, il ne faut naturellement pas attendre que la maladie soit arrivée à sa dernière période avant de commencer les applications de la pommade. Il faut, au contraire, avoir soin de les commencer vers la fin de la première période, dès que l'aggravation des symptômes fait présumer que la maladie se terminera par la formation d'un épanchement. L'emploi des frictions n'est, d'ailleurs, pas un empêchement pour l'application des fomentations froides ; je me suis maintes fois assuré que celles-ci n'empêchent pas le développement des pustules.

La pommade stibiée, employée de la manière indiquée, produit un nombre considérable de pustules confluentes sur toute la surface sur laquelle elle a été étendue; et souvent même on voit des pustules semblables, mais isolées, se développer sur des parties plus ou moins éloignées. La portion du cuir chevelu qui a été frottée se gonfle et s'enflamme dans toute l'épaisseur du derme. L'inflammation pénètre même çà et là plus profondément et jusqu'aux os du crâne, sur lesquels se forment alors des taches d'un rouge prononcé.

Bientôt les pustules grossissent, se remplissent de pus, crèvent et forment autant d'ulcères plus ou moins profonds, qui déterminent sur toute la surface du derme enflammé une suppuration abondante. Ces ulcères ne se cicatrisent que lentement, ordinairement au bout de plusieurs mois, quelquefois seulement au bout d'une année, même lorsqu'on emploie des moyens dessiccatifs après la guérison complète de la méningite. La suppuration se prolonge surtout lorsque, comme il arrive parfois, quelques parties du derme enflammé se gangrènent et sont expulsées par la suppuration. Après la cicatrisation, la portion du cuir chevelu qui a été le siége de l'ulcération reste entièrement ou du moins en grande partie chauve, et offre une cicatrice plus ou moins inégale. J'avoue qu'il y a une apparence de cruauté à employer un remède qui prépare de telles souffrances au malade et qui le mutile en quelque sorte. Mais la vie du malade dépend de l'emploi énergique de la pommade stibiée; et si, d'ailleurs, on fait attention aux circonstances sous lesquelles cet emploi doit avoir lieu, on s'assurera facilement qu'on peut y recourir sans trop de scrupules. En effet, quand on commence à faire

les premières frictions l'enfant a, à la vérité, le plus souvent encore assez de conscience pour ressentir de la douleur; mais plusieurs jours se passent avant que les pustules se développent suffisamment pour occasionner de vives souffrances. Il pourra se faire, pendant ce temps, que la maladie cède aux moyens employés, et que la phlegmasie se termine heureusement par la résolution sans aucun épanchement. Il n'y a pas longtemps que j'ai encore observé un pareil cas, où j'avais déjà commencé à faire les frictions avec la pommade stibiée. Eh bien! qu'est-il arrivé? Dès que les symptômes, au lieu de s'aggraver, s'améliorèrent, et que j'eus la conviction qu'une guérison prompte et inattendue allait avoir lieu, je fis cesser les frictions, et continuer encore pendant deux jours les fomentations froides : les pustules, qui commençaient à se montrer, ne se développèrent pas davantage; il y eut simplement desquamation sans suppuration, et l'enfant en question n'en éprouva ni douleur ni aucune suite fâcheuse.

Dans les cas, beaucoup plus nombreux, où la maladie poursuit ses progrès, on continue les frictions avec la pommade stibiée en prenant simplement la précaution de les faire à des intervalles de plus en plus longs, à mesure que les pustules se développent et que la suppuration s'établit. L'inflammation pourra donc atteindre toute la profondeur du derme et devenir très-douloureuse; mais jusque-là l'enfant aura du moins, dans la plupart des cas, perdu la conscience avant la faculté de ressentir la douleur. Si après cela il succombe, les personnes qui l'entourent ne sauront même pas que le remède est un moyen douloureux. Si, au contraire, après avoir été pendant un temps plus ou moins long sans connaissance, il revient à lui, et échappe à la mort, la joie de voir revenir à la santé un malade qu'on a cru perdu fera supporter sans trop de peine les désagréments d'une longue suppuration. Voilà plus de vingt ans que j'ai combattu les épanchements qui sont une suite de la méningite tuberculeuse par l'emploi énergique de la pommade stibiée, et j'ai sauvé ainsi une douzaine d'enfants qui paraissaient voués à une mort certaine. Eh bien! dans tous ces cas désespérés la suppuration du cuir chevelu, qui accompagna et suivit la guérison, a été telle que chaque fois la violence du remède m'inspirait à moi-même une sorte d'horreur. Et pourtant les parents des enfants en question ne s'en sont aucunement plaints, à l'exception d'une mère qui s'opposa formellement à l'application du remède chez son enfant, chez lequel la méningite tuberculeuse récidiva environ deux ans après la guérison par l'emploi de la pommade stibiée, et qui succomba à cette seconde attaque. Je dois ajouter que je n'ai jamais observé d'autres suites fâcheuses de l'emploi de la pommade stibiée que la longueur et l'intensité de la suppuration, et je

ne sache pas non plus que d'autres praticiens qui, dans ces derniers temps, ont usé de la pommade stibiée dans le même but, en aient jamais observé des effets véritablement dangereux. Néanmoins, je suis loin de méconnaître qu'il y a quelque inconvénient à provoquer une suppuration tellement profonde et intense, qu'on ne peut la maîtriser que difficilement, comme cela arrive après l'usage de la pommade stibiée, employée de la manière que j'indique. Les vésicatoires tenus en suppuration sont des moyens fort doux en comparaison ; mais la suppuration des vésicatoires est, selon moi, trop superficielle et souvent insuffisante.

Dans la seconde forme de la méningite tuberculeuse, celle qui est précédée de prodromes, chez des sujets d'ailleurs exempts de tubercules dans les organes de la respiration et de la digestion, la maladie suit ordinairement dans toutes ses périodes une marche sub-aiguë, d'où résultent des modifications dans le traitement. Le cas le plus favorable est évidemment celui où le médecin est appelé de bonne heure à combattre les premiers symptômes précurseurs. Un régime fortifiant, adapté à l'âge des malades, à la sensibilité de leurs organes digestifs et à l'état d'irritation dans lequel l'un ou l'autre organe se trouve momentanément, des applications plus ou moins irritantes et dérivatives sur la peau, variées d'après les circonstances, peuvent faire espérer de prévenir la méningite. C'est dans ces cas que les déplétions sanguines sont très-dangereuses : elles ôtent aux malades le reste de leurs forces, et les vouent ordinairement à une mort certaine. Dans les cas où la maladie marche malgré les moyens mis en usage, la seule ancre de salut est la pommade stibiée, employée avec toute l'énergie possible. Mais ce moyen même, si souvent efficace pour produire l'absorption des matières épanchées, dans les cas de la première catégorie, n'est qu'un moyen bien douteux dans ces cas-ci. Cependant on obtient quelquefois la guérison par ce moyen héroïque.

Enfin dans la troisième forme, la méningite tuberculeuse qui se développe pendant le cours d'une phthisie soit pulmonaire, soit abdominale, surtout chez les enfants en bas âge, le traitement médical à instituer ne peut avoir pour but la guérison radicale, qui est impossible dans l'état actuel de l'art, pour une tuberculisation aussi étendue; mais on choisira du moins les moyens thérapeutiques de manière à procurer au malade un soulagement momentané autant qu'il sera possible, et l'on n'emploiera pas inutilement des remèdes douloureux ou violents.

Nous terminerons ce mémoire en choisissant, au milieu des nombreuses observations qui nous sont propres, quelques exemples de

guérison obtenue par l'emploi de la pommade stibiée dans des cas de méningite tuberculeuse parvenue à sa dernière période.

Un enfant de dix-huit mois, ayant une tête volumineuse, les cheveux blonds et la constitution lymphatique, dont le père et une sœur étaient morts de phthisie pulmonaire, devint sérieusement malade après la disparition d'une tumeur glandulaire du cou. Appelé pour lui donner des soins, je le trouvai dans un état fébrile; le pouls avait une grande fréquence, la respiration était précipitée et la peau brûlante, surtout au front. L'enfant buvait avec avidité, et refusait toute autre nourriture; il vomissait de temps en temps, quoique la langue ne fût guère chargée; il était d'ailleurs constipé, et avait une tendance très-prononcée à s'assoupir. (6 sangsues derrière les oreilles, fomentations à la glace sur la tête, lavements émollients.) Le lendemain, la fièvre était évidemment diminuée; les piqûres des sangsues avaient donné beaucoup de sang, et l'enfant avait eu une selle. Cependant il vomissait encore de temps en temps, et les symptômes cérébraux, surtout la somnolence, étaient au contraire augmentés. Les jours suivants, l'enfant fut mis à l'usage du calomel, dont il prenait un demi-grain toutes les deux à trois heures, et on continua les fomentations à la glace sur la tête. L'usage du calomel provoqua tous les jours une ou deux selles à demi liquides et très-vertes, mais il ne s'ensuivit pas de mieux. L'enfant perdit peu à peu connaissance; la fièvre était médiocre, mais continue. On prolongea l'emploi du calomel jusqu'à ce qu'on s'aperçût que les ulcères se formaient dans l'intérieur de la bouche; ensuite on eut soin d'entretenir les selles, en donnant de temps en temps un lavement.

Je fis, dès le cinquième jour, frictionner le sommet de la tête avec la pommade stibiée, dans un espace grand comme la paume de la main, et en évitant soigneusement la grande fontanelle, qui était encore largement ouverte. Les pustules se développèrent vers le septième jour de la maladie, et commencèrent peu à peu à suppurer. Malgré cela le coma devenait de jour en jour plus profond. Depuis le douzième jour, on pouvait s'assurer que l'enfant ne voyait pas, même lorsqu'il avait les yeux largement ouverts. Comme l'enfant paraissait excessivement faible, et que la fièvre était d'ailleurs à peu près nulle, je lui fis donner de temps en temps une cuillerée à café d'une légère solution de l'extrait de quinquina, et je permis même de lui donner quelquefois dans la journée une cuillerée à café d'eau mélangée avec un peu de vin de Malaga. Ces médicaments n'apportèrent aucun changement dans l'état de la maladie. L'état de l'enfant resta ainsi pendant trois semaines absolument stationnaire. Cependant on avait cessé les frictions avec la pommade stibiée, du moment que les pustules avaient pris un grand développement et que la suppuration s'était établie. Celle-ci devint peu à peu très-abondante. Enfin, dans la sixième semaine de la maladie, les symptômes cérébraux commencèrent à s'affaiblir. L'enfant commença à crier faiblement, et donna de temps en temps quelque signe d'intelligence; l'appétit s'éveilla, la faiblesse diminua, et en même temps disparut l'état comateux. Au bout de la septième semaine, l'enfant était parfaitement présent d'esprit, sans aucune trace de fièvre, pleurant assez souvent à cause d'une faim dévorante, jouissant d'un sommeil paisible, en un mot en parfaite convalescence. La maigreur était du reste affreuse. Il lui fallut plusieurs semaines pour regagner tant soit peu d'embonpoint. La suppuration de la tête continua encore plusieurs mois; et après qu'elle eut

cessé, je fis, par mesure de précaution, porter pendant quelque temps un cautère au bras. L'enfant regagna une bonne santé, et l'a depuis conservée; il avait cependant gardé de sa maladie une certaine difformité du crâne, dont une moitié était évidemment plus petite que l'autre. C'est maintenant un jeune homme de vingt-deux ans, qui jouit encore d'une santé satisfaisante.

Voici enfin une observation très-curieuse qui ne démontre pas seulement d'une manière très-éclatante l'effet de la pommade stibiée dans la méningite tuberculeuse, mais qui, en nous offrant l'exemple d'une récidive de cette terrible maladie, démontre aussi la nécessité de continuer des soins préservatifs aux enfants qui en ont été affectés.

Un enfant de cinq ans, d'une complexion habituellement faible et délicate, dont plusieurs frères ou sœurs étaient scrofuleux ou avaient succombé à la méningite tuberculeuse, éprouva en 1838 la première atteinte de la méningite tuberculeuse. A cette époque, il perdit l'appétit, sans qu'on pût l'attribuer à un dérangement d'estomac; en même temps il devint triste et peu enclin à jouer; sa démarche était peu assurée, et un état singulier de faiblesse devenait de plus en plus manifeste. Cet état pouvait avoir duré quinze jours à trois semaines, quand je vis le petit malade pour la première fois. Il était alité depuis vingt-quatre heures, avait toute sa présence d'esprit, mais parlait peu; son pouls était lent et intermittent, la chaleur de la peau assez naturelle, la figure pâle, le regard abattu, mais les pupilles étroites, la langue nette, l'appétit presque nul; son ventre n'était nulle part douloureux à la pression; cependant il vomissait de temps en temps depuis la veille et se plaignait depuis quelques jours de mal de tête. (Potion de Rivière, fomentations froides sur la tête, repos et diète sévère.) Le mal alla en croissant, le vomissement continua à avoir lieu plus ou moins fréquemment les jours suivants, ainsi que le mal de tête. (Fomentations à la glace sur la tête, à l'intérieur le calomel à la dose d'un grain, de deux en deux heures.) Cependant le pouls devint habituellement fréquent, la peau devint aussi plus chaude, et on ne put méconnaître un état de fièvre qui avait des exaspérations à des époques irrégulières. L'enfant devint d'ailleurs de plus en plus soporeux, les pupilles se dilatèrent médiocrement et le vomissement cessa vers le milieu de la seconde semaine. Le calomel avait produit quelques selles, mais on dut de nouveau recourir aux lavements dès qu'on eut suspendu l'emploi de ce médicament. (Fomentations froides continuées pendant quelques jours, en même temps frictions avec la pommade stibiée sur le sommet de la tête, dans une portion du cuir chevelu rasé grande comme la paume de la main; point de médicament interne.) A la suite de ce traitement se développèrent de nombreuses pustules sur le cuir chevelu. Dès lors on fit moins souvent les frictions avec la pommade stibiée, et on en cessa entièrement l'emploi dès que la plupart des boutons eurent gagné une certaine dimension, se contentant de couvrir cette partie avec un linge enduit de cérat. Vers le milieu de la troisième semaine, du mieux se fit remarquer; à cette époque, les boutons du cuir chevelu étaient entrés en suppuration. Dans la quatrième semaine, l'appétit se manifesta et s'accrut rapidement, les urines devinrent naturelles et abondantes, les selles eurent lieu spontanément, et dès la cinquième semaine l'enfant était en pleine convalescence; cependant, les

boutons produits par la pommade stibiée continuaient à suppurer. Diver points du cuir chevelu s'étaient gangrénés, d'où il résulta plusieurs ulcères très-profonds et d'une guérison difficile, qui jetaient un pus extrêmement abondant. Malgré cela, l'enfant n'en ressentait que peu de douleur et reprenait ses forces à vue d'œil. En assez peu de temps, il regagna de l'embonpoint et assez de vigueur pour aller à l'air et pour se livrer aux jeux des enfants de son âge. Il ne devint pas très-fort, car il ne l'avait jamais été, mais sa santé était du moins aussi bonne qu'elle l'avait jamais été avant la maladie. On fit tout ce qui était possible pour obtenir la cicatrisation des ulcères, mais cette cicatrisation ne se fit que très-lentement et ne fut parfaite qu'au bout de dix mois. Cette circonstance impatienta beaucoup les parents, surtout sa mère qui me dit bien souvent qu'elle n'aurait pas permis l'emploi des frictions, si elle en avait connu les effets. J'avais beau dire que c'était précisément l'énergie de ce moyen qui avait sauvé la vie à l'enfant; cela ne pouvait la consoler. Cette pauvre mère n'eut malheureusement que trop tôt l'occasion de faire valoir son opinion.

En effet, en 1840, ce même enfant redevint malade, et quoique sa mère m'en voulût un peu pour avoir causé des souffrances à l'enfant, elle ne me refusa pas pour cela sa confiance. Je fus donc appelé, et je trouvai l'enfant dans un grand abattement, se plaignant depuis quelques heures d'un grand mal de tête et vomissant de temps en temps. Ses parents avaient déjà remarqué depuis quelque temps qu'il était plus habituellement pâle et défait, et qu'il avait moins d'entrain. Son pouls était, comme à la première invasion de la méningite, intermittent et irrégulier; son ventre mon et la langue peu chargée; il n'avait pas été à la selle depuis la veille. Je n'eus pas besoin de dire à la mère que c'était une récidive de la méningite; elle reconnut elle-même la maladie, mais elle me déclara formellement qu'elle ne permettrait pas l'emploi des frictions avec la pommade stibiée: c'était chose décidée chez elle, et les progrès visibles de la maladie ne la firent pas changer d'opinion. La marche de la maladie était absolument la même que la première fois. La disposition soporeuse qui s'était fait remarquer dès les premiers jours de la maladie augmenta considérablement dans la seconde semaine et se changea en coma vers le quinzième jour de la maladie, l'enfant ne pouvant alors plus ni voir ni entendre, et ne donnant aucun signe de présence d'esprit. En même temps le pouls s'accéléra et les pupilles se dilatèrent. Au bout de la troisième semaine, des convulsions violentes affectèrent à plusieurs reprises les muscles de tout le côté droit, et l'enfant mourut dans le courant de la quatrième semaine. Les moyens thérapeutiques avaient été les mêmes que la première fois, à l'exception de la pommade stibiée à l'emploi de laquelle j'avais substitué un large vésicatoire à la nuque. La nécropsie n'eut pas lieu, parce que les parents s'y opposèrent (1).

(1) Cet article est un extrait d'une excellente monographie que M. le docteur Hahn nous a envoyée. Le cadre du *Bulletin de Thérapeutique* ne nous a pas permis d'insérer ce travail étendu, mais nous eussions manqué au titre de notre publication si nous n'avions fait connaître à nos lecteurs la puissante médication proposée por notre savant confrère d'Aix-la-Chapelle. « *Aux maladies extrêmes, les moyens extrêmes.* »

(Note du rédacteur.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

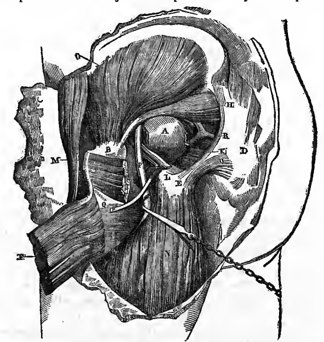
QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA LUXATION DE LA HANCHE EN ARRIÈRE ET EN BAS; DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES QUI EN DÉCOULENT.

Longtemps abandonnée au vague et à l'arbitraire, la réduction des luxations n'est entrée dans une voie vraiment utile et profitable que du moment où l'étude des rapports des surfaces articulaires et des parties environnantes, dans les diverses luxations, a permis d'en déduire les règles qui doivent guider le chirurgien dans la direction à donner aux efforts de l'art. A partir de ce moment seulement, on a pu faire la part des deux grandes méthodes de réduction qui se sont partagé longtemps les opinions des chirurgiens, la méthode de la flexion et celle de l'extension. Aussi s'attache-t-on de nos jours à utiliser toutes les occasions de vérifier directement la position exacte des os et des parties molles dans les luxations, et surtout dans les luxations récentes. Malheureusement ces occasions sont assez rares, et c'est ce qui explique en partie les divergences d'opinions qui existent entre les chirurgiens sur divers points de l'histoire et du traitement de certaines luxations. Pour la luxation de la hanche en arrière, par exemple, on lit dans certains auteurs et même dans Astley Cooper, que dans cette luxation la tête du fémur vient se loger dans l'échancrure ischiatique, et que les signes caractéristiques sont un raccourcissement du membre d'un demi-pouce, la flexion modérée de la cuisse sur le bassin, la rotation en dedans du pied et de toute la cuisse, de manière que la face externe devienne antérieure, la situation du grand trochanter en arrière de la cavité cotyloïde, quoiqu'un peu tourné en avant, etc., etc. Pour la réduction, Astley Cooper conseille d'exercer des tractions en bas et en dedans suivant une ligne qui passerait par le milieu de la cuisse du côté opposé. Mais d'autres ont soutenu que la tête n'était pas logée dans le trou ischiatique, mais bien sur les bords; que le raccourcissement était presque nul, et que la flexion était la seule méthode efficace à mettre en usage.

C'est pour éclaircir ces questions controversées que nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs un fait observé récemment à l'hôpital du collége de l'Université de Londres, par M. le docteur R. Quain. Un homme de soixante ans, fort et robuste, se fractura le crâne dans une chute d'une hauteur de trente pieds et mourut presque sur le coup. Apporté à l'hôpital, on crut reconnaître quelque chose d'anormal du côté du membre inférieur gauche ; ce membre paraissait

beaucoup plus court que celui du côté opposé, le genou gauche était remonté de deux ou trois pouces. Par le fait, le raccourcissement fut reconnu très-peu considérable lorsqu'on mesura de l'épine iliaque supérieure à la malléole externe. Le membre raccourci était en outre tourné en dedans dans toute sa longueur ; enfin il était situé dans un plan un peu postérieur au membre sain, et à une certaine distance de celui-ci. Le grand trochanter, très-saillant, n'était plus dans sa situation ordinaire par rapport à l'épine iliaque; la dépression qui existe normalement derrière cette apophyse était effacée ; à la partie postérieure du bassin, on sentait la tête du fémur, mais moins facilement que le grand trochanter. Les mouvements de flexion du membre étaient faciles à exécuter ; ceux de rotation en dehors impossibles.

L'existence d'une luxation de la tête du fémur n'était pas douteuse ; mais dans quelle direction s'était produite cette luxation ? Quels étaient les rapports des surfaces articulaires ? C'est ce que vint apprendre une dissection attentive ; et, pour bien saisir les détails de cette dissection, nous prions le lecteur de jeter un coup d'œil sur la planche ci-jointe :



A, tête du fémur ; B, grand trochanter ; C, petit trochanter ; D, sacrum ; E, tubérosité de l'ischion ; F, partie inférieure du grand fessier ; G, moyen

fessier; H, pyramidal; K, obturateur interne et jumeaux; L, fragment de l'obturateur externe; M, carré crural; N, muscles de la partie postérieure de la cuisse; O, grand ligament sacro-sciatique; P, grand nerf sciatique; Q, petit nerf sciatique; R, artère sciatique.

Au-dessous du grand fessier et entourée d'un caillot, au-dessous du pyramidal et immédiatement derrière la cavité cotyloïde, on trouva la tête du fémur correspondant à la base de l'épine ischiatique et à une partie des deux trous sacro-sciatiques. La tête n'était séparée des os du bassin que par l'obturateur interne et les muscles jumeaux pelviens. Les fibres du grand fessier étaient intactes; les fibres postérieures du moyen fessier étaient dans le relâchement. Le pyramidal, placé au-dessus de la tête du fémur, était médiocrement tendu; les jumeaux et l'obturateur interne l'étaient au contraire à un haut degré. Ces derniers muscles, avec le ligament capsulaire de l'articulation, séparaient seuls le col et la tête du fémur de la cavité cotyloïde et de la surface de l'os innominé située derrière cette cavité. L'obturateur externe et le carré crural avaient été déchirés transversalement; quant au ligament capsulaire, il avait été déchiré à la partie interne et inférieure de l'articulation, ou plutôt il avait été arraché du col du fémur dans cette direction, tandis que sa portion postérieure et supérieure était entière. Le ligament inter-articulaire avait été déchiré à son insertion sur la tête du fémur. Le nerf sciatique se contournait sur le col du fémur, et se trouvait en contact direct avec l'os, entre les débris du carré crural; entre le nerf et l'os se trouvait interposé le tendon déchiré de l'obturateur externe.

La lecture attentive de ces détails anatomo-pathologiques aura sans doute fait voir à nos lecteurs que les renseignements donnés par les auteurs, sur les rapports et les signes propres à cette luxation, ne sont pas parfaitement exacts. Aussi, quoiqu'on en ait dit, la tête du fémur n'est pas logée dans le trou sciatique, mais bien immédiatement derrière la cavité cotyloïde, sur la base de l'épine ischiatique et en regard d'une portion très-limitée de chacun des deux trous sciatiques. La flexion modérée de la cuisse sur le bassin n'est pas un signe constant pas plus que la rotation du pied en dedans, *les orteils reposant contre le gros orteil du pied opposé*, ainsi que l'a dit Astley Cooper. D'un autre côté, des observations nouvelles viendront peut-être donner une certaine valeur à ce signe tiré de la situation du membre affecté sur un plan postérieur à celui du côté sain.

Quoi qu'il en soit, au point de vue thérapeutique, ces dispositions ne sauraient être perdues de vue dans la direction à donner aux efforts de réduction. Le ligament capsulaire est déchiré à la partie interne et in-

férieure de l'articulation ; la tête de l'os repose presque immédiatement derrière la cavité cotyloïde. De là, deux préceptes : le premier, qu'il faut faire suivre à la tête du fémur la même direction qu'elle a prise pour s'échapper de la cavité, et, par conséquent, que le mode de réduction qu'on adoptera doit être combiné avec l'*abduction* du membre ; le second, que cette réduction ne réclame pas des efforts bien considérables, surtout lorsqu'on a recours à la méthode qui met dans le relâchement la plupart des muscles qui sont dans un état de tension, le psoas-iliaque, le pectiné, le pyramidal, et aussi les muscles rotateurs de la cuisse ; nous voulons parler de la méthode de la flexion. C'est donc à cette méthode qu'il nous semble que l'on doit s'arrêter ; mais un motif plus grave en fait encore une loi au chirurgien. Le danger le plus grand des luxations de la cuisse, c'est de laisser à leur suite une paralysie du membre. Or, de quoi dépend cette paralysie? évidemment, de la contusion des gros troncs nerveux. Dans la planche qui représente la disposition des parties dans la luxation en arrière, on a pu voir que le nerf sciatique (P) est contourné autour de la tête du fémur (A). Il en était certainement de même dans le fait analogue rapporté par Béclard, et très-probablement aussi dans celui de M. Scott. Que, dans ces circonstances, on exerce une traction sur le membre inférieur, en quelque endroit qu'on place le lacs, dans quelque sens qu'on fasse ces tractions, directement en bas, comme on l'a proposé assez irrationnellement, ou même transversalement au membre sain, comme le propose Astley Cooper, il n'est pas douteux qu'on exercera des tractions sur le nerf et qu'on occasionnera des douleurs très-vives ; qu'on pourra le contondre et déterminer la paralysie du membre ; tandis que la flexion, combinée avec une légère abduction et avec une extension pratiquée sur le genou, et perpendiculairement au tronc du malade, mettra muscles et nerf dans un relâchement complet, et fera parcourir à la tête de l'os le même trajet qu'elle a suivi pour se déplacer. M. Quain, qui a eu à se louer de ce procédé dans deux cas, a remarqué que la réduction était d'autant plus facile que la flexion du membre inférieur était plus complète, et que, lorsqu'on se servait de poulies pour l'extension, comme on le fait en Angleterre (ce qui est loin de nous paraître indispensable), le mouvement d'abduction pouvait être exécuté par le malade, auquel on recommandait de porter le membre un peu en dehors. De cette manière, la contraction musculaire ramène immédiatement la tête de l'os dans sa cavité.

En résumé, il résulte de ce qui précède que, dans les luxations de la hanche en bas et en arrière, la seule méthode de réduction facile et sans dangers, c'est la méthode de la flexion, combinée dans son exé-

cution avec un certain degré de rotation en dehors ou d'abduction du membre.

DE L'EXTRACTION DES CORPS FIBREUX DANS LES ARTICULATIONS PAR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

Dans la publication d'opérations nouvelles ou de modifications ingénieuses aux opérations déjà connues, les auteurs s'efforcent fréquemment de présenter leurs inventions sous des formes tellement simples que tout praticien, se laissant aller à ces apparences, trop souvent trompeuses, les met en usage avec empressement. Il en résulte que l'on rencontre des difficultés passées sous silence, des dangers imprévus, ou dont on n'avait pas parlé, enfin des insuccès là où ils semblaient impossibles. Aussi les médecins ne devraient-ils jamais oublier le précepte posé par Desault, suivi souvent par Dupuytren, de s'exercer au manuel opératoire sur le cadavre, avant de faire sur le vivant une opération importante, qu'elle soit nouvelle ou qu'on l'ait déjà plusieurs fois pratiquée. La tradition me paraît seule apprendre un trait bien propre à montrer combien le célèbre maître de Bichat attachait d'importance à cet exercice préparatoire ; c'est ce qui m'engage à le rappeler ici. Un jour, Desault s'exerçait ainsi dans l'amphithéâtre et devant des élèves et des médecins ; certains des assistants manifestent de l'étonnement d'une telle précaution de la part d'un chirurgien si renommé. Saisit alors d'un juste ressentiment : « Vous êtes étonnés, s'écrie Desault, de me voir m'exercer ainsi à une si grave opération? mais ne savez-vous pas que tous les jours les histrions se livrent à des préparations longues avant de venir vous amuser sur la scène ; et vous trouvez surprenant que je me prépare aussi quand il s'agit d'une entreprise d'où dépend la vie d'un de vos semblables ! » Bien des insuccès, dont j'ai été témoin, eussent été évités si le chirurgien eût imité la conduite d'un si grand maître. La ligature des principales artères, le débridement des hernies, la taille, l'anaplastie, les désarticulations et beaucoup d'autres opérations majeures, exigent un semblable soin préalable de la part des grands chirurgiens, et, à plus forte raison, de ceux qui n'ont pas de fréquentes occasions de répéter de telles manœuvres chirurgicales. A ce défau d'études préliminaires il me semble rationnel de rapporter les accidents et les fâcheux résultats des procédés nouveaux, et notamment de l'extraction des corps fibreux des articulations par la méthode sous-cutanée.

Si l'existence de ces produits morbides dans les jointures, et spécialement dans l'articulation du genou, constitue une lésion douloureuse et pleine de tristes conséquences, les dangers inhérents à toutes les opérations propres à en débarrasser les malades rendaient les médecins fort

réservés sur de pareils remèdes, et la plupart aimaient mieux ne point les entreprendre que d'exposer directement la vie des sujets. L'application de la méthode sous-cutanée à l'extraction de ces corps fibreux parut offrir une ressource certaine d'arriver au but désiré, d'après le succès publié par M. Goyrand. Quoi de plus ingénieux et de plus simple en apparence que de pousser sous la plaie et à travers une ouverture faite à la synoviale, et à l'aide de l'hypotomie, ces produits pathologiques, de fermer une petite plaie de la peau fort éloignée de la jointure? Dans la description de ce procédé, donnée dans l'ouvrage par M. Malgaigne, le temps et les manœuvres opératoires s'enchaînent si bien, paraissent si faciles, que bien peu de médecins y verraient d'abord des difficultés sérieuses. Il n'est pas probable, en effet, que l'on ait attaché une grande attention à ces mots où l'auteur parle des tissus immédiatement appliqués sur le corps étranger, c'est-à-dire la synoviale : « *Il fallut revenir à trois reprises sur ces tissus pour les diviser.* » Mais, enfin, l'habile praticien d'Aix arriva au résultat désiré, et délivra son malade de ses corps fibreux.

Cependant, d'autres praticiens, justement estimés, ont éprouvé beaucoup plus de difficultés que M. Goyrand, ou le résultat fut loin d'être toujours satisfaisant. Exposant l'un de ses essais sur un malade dans un passage qui n'a pas eu assez de retentissement, M. Bonnet (de Lyon) dit : « Je fis des incisions en tous sens sur le corps étranger, espérant pouvoir le faire entrer dans le tissu cellulaire ; j'ouvris largement l'articulation, car la synovie qu'elle contenait s'écoula en grande quantité ; mais je ne pus jamais réussir à faire entrer le corps étranger dans le tissu cellulaire ; l'opération demeura inutile. » (*Malad. articul.*, 1845, tom. II, p. 272.) Le chirurgien de Lyon rapporte les causes de cet insuccès à la résistance des aponévroses dont la synoviale est enveloppée, et qui s'oppose ordinairement au passage d'un corps fibreux à travers l'incision qu'on y a pratiquée. Nous verrons plus loin que telle n'est pas la véritable source des difficultés et de leurs fâcheuses conséquences. Le *Bulletin de Thérapeutique* de l'année dernière contient un autre exemple d'un résultat semblable, et appartenant à un homme dont le mérite est connu ; voici comment le fait y est raconté : « Le fer de la lance arrivé jusqu'à la capsule, celle-ci fut ouverte dans une largeur suffisante pour le passage du corps étranger ; puis un aide fixant et comprimant le corps étranger de manière à faire saillir son pédicule, l'opérateur s'efforce, toujours avec le fer de la lance, de couper ce pédicule, afin de pousser ensuite au dehors le corps étranger ; mais il fut impossible, même après des efforts de section et d'expulsion réitérés, de le faire sortir de la capsule. Après avoir vainement essayé de détacher le corps étranger de son

point d'insertion, M. Velpeau finit par y renoncer, et se décida à broyer et à détruire ce corps sur place. »

Du moins, dans ces deux cas, si l'on n'a pu pousser les corps fibreux hors de l'articulation, les malades n'ont pas éprouvé de résultat funeste; il n'en a pas été de même pour les deux sujets dont je vais entretenir le lecteur. Le premier appartient à un habile opérateur de Nîmes, et a été publié seulement deux ans après dans une thèse présentée, en 1847, à notre Faculté par M. le docteur Moré. Il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans, qui fut traité à l'hôpital de Nîmes pour un corps fibreux du volume d'une grosse châtaigne, logé dans le genou gauche. Jugeant convenable d'employer le procédé de M. Goyrand, M. Pleindoux y soumit le malade le 25 décembre 1845. Pénétrant avec un ténotome jusque sur le corps étranger fixé entre ses doigts, le praticien s'efforça d'inciser sa capsule et de faire passer à travers le corps fibreux. « Ce temps de l'opération, dit M. Moré, fut long et difficile. Je ne saurais même dire si le corps fut délogé de la synoviale. » Les accidents inflammatoires furent si violents que le malade succombait le 19 janvier à la prostration la plus caractérisée. Si de pareils faits m'eussent été connus quand j'eus à mettre en usage l'opération dont il s'agit, il est probable que j'en aurais été détourné ou, du moins, que jugeant l'hypotomie du genou beaucoup moins simple que ne l'avait fait son inventeur, je m'y serais exercé sur le cadavre, et que, découvrant la véritable cause des difficultés et des dangers, je l'aurais entreprise avec des conditions propres à les prévenir. Mais le cas de M. Bonnet avait eu peu de retentissement; ceux de MM. Velpeau et Pleindoux n'étaient pas encore publiés.

Obs. Un jeune homme, âgé de dix-huit ans, d'une constitution robuste, vint à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, au mois de septembre 1846, pour se faire délivrer de deux corps étrangers qu'il portait dans le genou gauche depuis plusieurs années. Les souffrances, les difficultés de se livrer à un travail pénible engagèrent cet individu à solliciter une opération capable de le débarrasser de son mal. Remplissant alors les fonctions de chirurgien en chef, je crus pouvoir mettre en usage le procédé vanté naguère pour les cas de ce genre. Toutefois, avant d'en venir à un essai semblable, j'espérai pouvoir délivrer en quelque sorte ce jeune homme par un moyen plus simple et moins dangereux. Il s'agissait de deux corps fibreux, l'un ayant le volume d'une dragée, l'autre d'un pois chiche. Basé sur la facilité des adhérences plastiques dans les séreuses, je crus pouvoir séquestrer ces corps fibreux en dehors des surfaces cartilagineuses. En conséquence, je fixai ces produits pathologiques au-dessus et en dehors des condyles du fémur à l'aide de deux aiguilles à acupuncture. Le membre fut condamné au repos. Il survint un léger gonflement, et un moment je crus avoir obtenu les adhérences désirées. Mais au bout de huit jours mes illusions cessèrent, car les corps fibreux étaient encore mobiles. J'eus alors recours à l'ouverture de la jointure

par la méthode sous-cutanée. Toutefois, afin de faciliter l'introduction de cesproduits morbides dans le tissu cellulaire sous-cutané, je les saisis à l'aide d'une aiguille à acupuncture qui me servait à les pousser dans l'incision que je m'efforçai de faire à la partie supérieure et externe de la synoviale. Introduit à travers la peau, et loin de la jointure, le bistouri semblait pénétrer la capsule articulaire sur le corps étranger; et, cependant, malgré mes manœuvres pour chasser ce dernier hors de la synoviale, pour agrandir l'ouverture de celle-ci qui paraissait d'abord insuffisante, je n'obtenais pas l'effet recherché. Un peu de synovie attachée au bistouri que je retirai enfin me prouvait bien que j'avais au moins piqué la capsule du genou; et pourtant, la répétition des mêmes tentatives pour augmenter la capacité de la division propre à permettre le passage du corps fibreux hors du lieu où il était emprisonné, ne fut pas couronnée d'un meilleur résultat. Pendant près de dix minutes, ce travail fut continué avec opiniâtreté et suivant les règles du procédé de M. Goyrand: il fallut y renoncer, fermer la plaie cutanée avec du sparadrap, et soumettre le genou lésé aux irrigations d'eau fraîche pendant plusieurs jours afin de prévenir les accidents inflammatoires. Ils ne purent être détournés malgré le traitement antiphlogistique le plus puissant; du pus se forma dans la jointure, les accidents continuèrent pendant deux mois et demi, après lesquels ce malheureux s'éteignit dans le marasme.

En présence de cas de ce genre observés entre les mains de praticiens de lieux différents, et cependant offrant tous les garanties suffisantes d'habileté et de savoir, on doit reconnaître sans peine que l'hypotomie, appliquée à l'extraction des corps étrangers des jointures, est loin d'être aussi facile et aussi innocente que son promoteur l'a annoncé. Les difficultés n'ont pas été appréciées convenablement; et voici ce que des recherches nombreuses sur le cadavre m'ont permis d'exposer. Il est un principe dans les manœuvres opératoires d'après lequel les tissus, pour être aisément divisés, doivent être tendus; les parties molles et mobiles sont difficilement et irrégulièrement coupées. Telle est, à mon avis, la raison des manœuvres infructueuses dont nous venons d'exposer les tristes résultats. Si l'on tend la peau pour y plonger le bistouri, si l'on traverse les muscles et la capsule fibreuse du genou autant par pression que par glissement, il n'en peut être de même de la synoviale. Vaste et débordant les surfaces cartilagineuses, cette membrane, au genou surtout, est très-mobile et dépressible comme une feuille de papier mouillée. Loin de résister à l'instrument qui vient la diviser, la synoviale s'affaisse et fuit en quelque sorte profondément, de manière à permettre à la pointe du bistouri de pénétrer jusqu'au centre de la jointure sans l'avoir incisée ou simplement piquée. Quand on se livre à des essais sur le cadavre, on s'assure que, malgré la profondeur à laquelle parvient un bistouri droit et fin, malgré les mouvements latéraux et propres à ouvrir largement la capsule au lieu désigné, on a souvent produit de simples piqûres

et jamais des incisions larges, étendues comme le comporte le but que l'on veut atteindre.

Ayant donc reconnu que les tentatives, si infructueuses entre les mains d'habiles opérateurs, tenaient à la presque impossibilité, en suivant les règles ordinaires en pareille opération, d'inciser la capsule synoviale loin des surfaces cartilagineuses et dans ses prolongements sous-musculaires, j'ai eu recours à un instrument propre à tendre cette membrane, en même temps qu'il servait à l'ouvrir convenablement. Cet instrument est un bistouri en serpette, semblable à celui dont on se sert dans certains procédés de myotomie oculaire. Après avoir saisi le corps fibreux, à l'aide d'une aiguille à acupuncture, l'opérateur fait maintenir un pli de la peau à quatre travers de doigt au-dessus du genou, dont il perce la base avec un bistouri étroit, et en dehors du tendon du muscle ilio-rotulien. Portant alors le myotome recourbé à travers l'ouverture cutanée jusqu'à la capsule synoviale et sur le corps étranger, il accroche cette membrane, pénètre dans sa cavité, pique de nouveau cette tunique séreuse à plusieurs centimètres, et divise par pression et glissement la portion de la membrane comprise entre les deux extrémités de la lame tranchante. De cette manière, une large incision est produite à la tunique synoviale et à son enveloppe fibreuse ; le corps étranger est poussé à travers cette ouverture, maintenu hors de la jointure ; tandis que l'on retire l'aiguille qui a servi à l'y introduire, l'incision de la peau est fermée par un peu de diachylon gommé, et l'imminence de l'inflammation est combattue par les moyens les plus énergiques. Modifié ainsi, le procédé propre à extraire les corps fibreux de l'intérieur des jointures permettra, je l'espère, d'arriver à un résultat opératoire satisfaisant.

Alquié,
Professeur agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de Montpellier.

PHARMACIE ET CHIMIE.

DU CHARBON AU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE PRATIQUE ET DE LA TOXICOLOGIE.

Une thèse fort intéressante que nous avons sous les yeux, intitulée : Résumé d'une monographie du charbon, et présentée par M. Esprit fils, de Rouen, renferme des renseignements que nous croyons devoir faire connaître.

Dans sa thèse, l'auteur s'occupe tout d'abord des propriétés déjà bien connues du charbon. Ainsi il rappelle :

La propriété qu'a ce corps d'absorber les gaz et les liquides, en vertu de sa porosité, et les applications industrielles et domestiques qui en ont été faites ;

Son emploi dans l'agriculture ;

Ses emplois en médecine dans le pansement des ulcères fétides, contre la mauvaise haleine, dans les affections de la peau, le choléra, etc. ;

Sa propriété décolorante sur la plupart des liquides colorés que l'on agite ou que l'on fait bouillir avec lui.

Mais ce n'est point sur ces propriétés, nous le répétons, très-connues du charbon, que nous voulons appeler l'attention des médecins. Ce sur quoi nous voulons la fixer, c'est sur une propriété encore à peine connue du charbon : celle que possède ce corps de s'approprier les matières salines en dissolution dans l'eau, propriété dont la vulgarisation sera la source de nombreuses applications dans la pratique médicale.

Dans un travail qui date d'environ vingt-cinq ans, M. Payen annonça que le charbon peut s'emparer de la chaux et des sels calcaires en dissolution dans l'eau, et que cette puissance est telle, que si l'on prend 100 grammes d'eau distillée saturée de chaux, qu'on les fasse bouillir pendant une heure avec 10 grammes de charbon, on ne retrouve aucune trace de chaux dans la liqueur filtrée.

Quelques années plus tard, M. Dubrunfaut annonça que le charbon sature les alcalis et se les approprie dans une certaine mesure.

En 1829, Graham étudia l'action du charbon sur l'acétate et le nitrate de plomb, l'acide arsénieux, le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre et le sulfate de cuivre ammoniacal, l'hydrate de plomb dissous dans la potasse, le soluté d'iode, les chlorures de soude et de chaux. Il dit n'avoir pu parvenir à précipiter l'acide arsénieux, ni le sulfate de cuivre ; mais qu'il y parvint pour tous les autres sels.

Dupasquier, de Lyon, constata que le charbon absorbe avec énergie et en forte proportion les sulfures alcalins.

La publication de ces faits était passée inaperçue ou était oubliée, lorqu'en 1845 M. Chevallier annonça que l'acétate et le nitrate de plomb en dissolution dans l'eau, le vin ou le vinaigre, pouvaient être enlevés à ces liquides au moyen du charbon, que l'on opérât avec ou sans le concours de la chaleur.

Depuis, M. Girardin, professeur de chimie à Rouen, en répétant les expériences de M. Chevallier, fut amené à reconnaître, ce qu'avait fait M. Payen avant lui, l'action du charbon sur les sels calcaires, et à faire en grand et avec un plein succès l'application du charbon pour rendre potables des eaux contenant un excès de sels de chaux.

Les expériences de M. Graham ayant été en grande partie infirmées par celles de MM. Gorrod et Weppen, M. Esprit résolut de répéter et même d'étendre les expériences des trois chimistes anglais.

Les dissolutions de sels métalliques sur lesquelles il a opéré sont les suivantes :

Acétate, sulfate et nitrate de cuivre.	Sublimé corrosif.
Acétate, sulfate et chlorure de zinc.	Nitrate de cobalt.
Oxyde de zinc dissous dans la potasse.	Sulfate de cadmium.
Acétate et nitrate de plomb.	Acide arsénieux.
Acétate et nitrate de fer.	Nitr., chlor. de baryum.
Émétique.	Sulfate de soude.
Nitrate et sulfate d'argent.	— de potasse.
Chlorure d'argent dans l'ammoniaque.	— de magnésie.

A l'exception des trois sulfates alcalins, du nitrate de cuivre et de l'acide arsénieux, qui lui ont paru n'être absorbés que dans des limites fort restreintes, tous les autres sels l'ont été avec une plus ou moins grande énergie.

Cinq parties de charbon de sang calciné avec la potasse, puis lavé, lui ont suffi pour précipiter complétement les sels suivants, sans qu'il lui fût possible de retrouver dans la liqueur filtrée aucune trace de leur présence ; ce sont :

Acétate et nitrate de plomb.	Chlorure d'argent dans ammoniaque.
Sulfate de cuivre ammoniacal.	Chlorure de zinc.
Sulfate et nitrate d'argent.	Oxyde de zinc dans potasse.

Vingt parties de charbon sont nécessaires pour précipiter les sels suivants :

Sulfate et acétate de cuivre.	Emétique.
Sublimé corrosif.	Sulfate de zinc.
Nitrate de cobalt.	Chlorure de baryum.
Sulfate de cadmium.	

M. Graham avait nié l'absorption de l'acide arsénieux par le charbon ; M. Gorrod, au contraire, l'annonçait comme complète et fort prompte, et proposait celui-ci comme antidote supérieur de celui-là. M. Esprit a voulu s'assurer au juste de la vérité sur le point en litige ; il a constaté que 10, 20, 40 p. de charbon de sang, c'est-à-dire de charbon le plus propre à l'absorption, absorbent 0,2, 0,3, 0,4 p. d'acide arsénieux. 10, 20, 40 p. du même charbon, mais à chaud, absorbent 0,3, 0,5, 0,7 p. d'acide arsénieux, c'est-à-dire une proportion trop faible du toxique pour que le charbon puisse en être considéré comme le contre-poison efficace, résultat auquel était déjà arrivé expérimentalement Mandel, et plus récemment M. Bussy.

Comment agit le charbon dans le phénomène d'absorption des substances salines ? Y a-t-il réduction, y a-t-il seulement un simple effet mécanique ? M. Esprit croit que c'est ce dernier effet qui se produit le plus souvent; mais il suppose qu'il en est autrement pour les sels d'argent et tous ceux dont les oxydes sont facilement réduits.

Un fait intéressant se présentait ici : comment se comporte le sublimé à ce point de vue spécial ? M. Esprit fit dissoudre 1 gram. de sublimé dans 100 gram. d'eau distillée, et filtra le soluté sur 20 gram. de charbon animal lavé. Le liquide filtré fut essayé par les réactifs du sublimé corrosif, qui ne l'y décelèrent point. Ce sel aurait-il été transformé en calomel et serait-il resté parmi le charbon, comme c'est l'opinion de Weppen ? Pour décider la question, M. Esprit lava le charbon avec un mélange d'alcool et d'éther, et ce mélange a rapidement dissous le sel mercuriel à l'état de sublimé, ainsi que les réactifs le lui démontrèrent. Il n'y avait donc point eu réduction, mais seulement fixation du bichlorure mercuriel sur les particules charbonneuses.

L'auteur de la thèse ne pouvait manquer de parler du travail de M. Lebourdais sur la curieuse propriété qu'a le charbon de s'emparer des alcaloïdes et autres principes immédiats végétaux. Mais, ayant déjà présenté nous-même l'analyse de ce travail dans le numéro du 15 janvier 1849 (*Bulletin*, t. XXXVI, p. 25), nous n'y reviendrons pas.

Les conclusions à tirer de tous ces faits, au point de vue de la médecine pratique et de la toxicologie, sont :

1° Que le charbon, au point de vue de l'art de formuler, est incompatible avec les substances qu'il s'approprie, puisque ainsi il les rend insolubles ;

2° Que, dans les recherches chimico-légales, l'emploi du charbon peut être la source d'erreurs graves. « En effet, dit M. Chevallier, dans un grand nombre de cas, les auteurs imposent l'obligation de décolorer par le charbon les liquides dans lesquels on doit rechercher les sels métalliques qui sont susceptibles d'être enlevés par le charbon. Cette indication de l'emploi de ce corps existe, non-seulement dans les ouvrages anciens, mais dans les ouvrages récemment publiés. *On y trouve la prescription formelle de décolorer par ce corps des liquides dans lesquels on doit déterminer la présence d'un sel de plomb et d'autres sels métalliques.* »

3° Que, dans quelques cas, cependant, la propriété qu'a le charbon de fixer les corps autour de ses particules peut être heureusement mise à profit dans l'expertise chimico-légale, par exemple, pour la recherche du sublimé corrosif et des alcalis végétaux, puisqu'il suffit, après

avoir traité les liquides qui les contiennent par le charbon, de les enlever à ce corps à l'aide de l'alcool ou de l'éther.

4° Que le charbon, en raison de la même propriété, peut être employé, faute d'en avoir un mieux approprié sous la main, comme contre-poison de tous les toxiques qu'il est susceptible de fixer. Dans ce cas, il suffit de le réduire en poudre aussi fine que possible, et, après avoir déterminé le vomissement, de l'ingérer en grand excès, délayé dans de l'eau. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES MOTS SUR LES MEILLEURS MOYENS DE PRÉVENIR LE DÉVELOPPEMENT DES PUSTULES VARIOLIQUES : NOUVELLE MANIÈRE D'APPLIQUER L'EMPLATRE DE VIGO.

L'emplâtre de Vigo a-t-il une action spécifique abortive contre les pustules varioliques, ou, comme le prétend M. Serres, cet avortement n'est-il que le résultat de la privation de l'air opérée par l'emplâtre? Je laisse à d'autres le soin de résoudre cette question. Ce que je puis affirmer, c'est que sur huit personnes atteintes de variole confluente grave, auxquelles j'ai appliqué l'emplâtre de Vigo de la manière que je vais indiquer, aucune n'a eu à la suite de cicatrices remarquables ; chez toutes, l'avortement des pustules a eu lieu, quoique chez une l'application n'ait été faite qu'au moment du complet développement des pustules.

La difficulté que le médecin éprouve pour appliquer exactement l'emplâtre de Vigo par le procédé ordinaire a fait renoncer, la plupart du temps, à l'emploi de ce précieux moyen. Pour obvier à cette difficulté d'application, je fais fondre l'emplâtre au bain-marie ou sur un feu doux, et je l'entretiens à peu près liquide en plongeant le vase dans l'eau chaude ; alors, à l'aide d'un pinceau en linge, à défaut d'autre, je l'étends sur la peau jusque sur le bord des cils des deux paupières ; puis, afin d'empêcher que les cheveux et tout ce qui entoure le malade ne vienne adhérer à l'emplâtre, je le recouvre de pièces de linge fin ou de feuilles de coton ; pour en favoriser l'adhésion, je promène sur le linge un fer chaud et rond dont se servent les repasseuses.

Comme les humidités de la bouche, du nez et des yeux produisent toujours vite le décollement de l'emplâtre, j'applique préalablement sous ces ouvertures des bandelettes de linge que je prolonge pour le nez et la bouche jusqu'aux oreilles, puis je les recouvre d'une couche d'emplâtre afin que l'adhésion du masque général en linge se fasse solidement.

En opérant de la manière que j'indique, l'application de l'emplâtre est facile et très-exacte ; toutes les anfractuosités de la face et des différentes parties du corps, jusque sur le bord des cils, peuvent être recouvertes d'emplâtre sans gêner les mouvements. Avec un peu d'adresse, toute personne étrangère à la médecine peut appliquer l'emplâtre de Vigo de la manière que j'indique.

En même temps que je fais cette application, je prescris de frictionner, toutes les quatre heures, le bord libre des paupières avec la pommade mercurielle de Régent tant que dure l'éruption des pustules ; à l'aide de ce moyen, je garantis mes malades de ces blépharites interminables qui succèdent si souvent à la variole.

Il arrive presque toujours, dans la variole confluente, que l'éruption pustuleuse a lieu sur toute la surface de la muqueuse buccale, pharyngienne et pituitaire. Cette éruption, les praticiens le savent, gêne beaucoup la déglutition, et fait éprouver de vives souffrances aux malades. J'ai réussi une fois à faire avorter complétement une éruption confluente de ce genre à son début, chez un sujet vacciné, atteint de variole confluente. Toujours, depuis cette époque, j'ai prescrit aux varioleux le gargarisme qui m'avait si bien réussi, et toujours avec un grand avantage, si ce n'est avec un succès complet.

Voici la formule du gargarisme que je recommande à mes confrères :

Eau pure.............	220 grammes.
Borate de soude........	8 —
Miel rosat............	45 —
Acide chlorhydrique.....	8 gouttes.

Toutes les deux heures, pendant six jours, prescrivez au malade de se gargariser la bouche, et, s'il le peut, la gorge, avec une cuillerée de ce liquide ; afin d'atteindre les pustules pharyngiennes et celles qui peuvent se développer sur le bord du larynx et de l'épiglotte, faites avaler au malade, toutes les quatre heures, une cuillerée à café du gargarisme.

Comme pour l'emplâtre de Vigo, il faut que ce moyen, pour avoir un plein succès, soit mis en usage aussitôt que l'on peut diagnostiquer la variole ; mais on l'emploiera toujours avec avantage dans toutes les phases de l'éruption.

Pour amoindrir, si ce n'est pour empêcher l'éruption des pustules sur la pituitaire, je fais introduire de temps en temps dans les deux narines, à l'aide d'un pinceau en linge, une petite quantité de pommade molle au précipité blanc.

Le borate de soude m'ayant paru le principal agent abortif des pus-

tules, je le prescris toujours dans les varioles confluentes, dans le but de préserver l'œsophage et les voies digestives.

CHAMPENOIS, D. M.
à Launois (Ardennes).

DE LA VALEUR DES PRÉPARATIONS DE MORPHINE DANS LA GASTRALGIE.

La thérapeutique de la gastralgie chronique au moyen des préparations de morphine n'est point une question nouvelle; elle a, du reste, été déjà traitée avec talent dans ce journal ; mais son importance pratique est telle qu'on ne saurait trop multiplier les tentatives afin d'en établir la valeur réelle. C'est le motif qui a présidé aux observations que j'ai l'honneur de vous adresser, et pour lesquelles je réclame votre publicité bienveillante et éclairée.

Il est indispensable, avant tout traitement, d'établir le diagnostic exact de la gastralgie, non pas vis-à-vis des autres affections gastriques, car les progrès de la science ne permettent plus guère le doute à ce sujet, mais à l'égard des formes différentes qu'elle peut affecter et des causes variées qui la produisent. Effectivement, cette maladie peut être essentielle, ou être dominée par quelque circonstance pathologique plus ou moins éloignée. Dans ce dernier cas, il faut évidemment remonter aux états organo-pathologiques qui sont la source des accidents, les combattre par les moyens appropriés, et n'avoir recours que secondairement aux substances narcotiques. Lorsque la médication rationnelle n'a pu triompher de la cause morbifique, alors de toute nécessité faut-il au moins songer à stupéfier les sensations trop vives dont l'estomac est le siége, ou à détruire l'élément symptomatique, la douleur. Mais si la maladie dépend d'un simple trouble d'innervation, si l'on a toute raison de croire que le mal ne tient pas à des phénomènes organiques du moins accessibles à nos moyens d'investigation, si la souffrance gastrique est essentielle en un mot, les préparations de morphine sont alors d'un puissant secours ; elles suffisent même dans l'immense majorité des cas, avec une diététique convenable, à tous les frais de la guérison.

Ces réflexions se trouvent pleinement justifiées par deux observations dont je vais présenter une simple analyse.

Obs. Ire. Mme...., d'un tempérament nervoso-sanguin, habituellement bien menstruée, fut prise, à la suite d'affections morales vives, de douleurs à l'estomac, accompagnées de battements épigastriques bizarres ; la douleur allait en s'irradiant sur les deux épaules et les parois thoraciques; le ventricule était, durant une grande partie du travail de la digestion, le siége de sensations très-pénibles, que la

malade comparait le plus ordinairement à celles que pourrait produire le frottement de cailloux hérissés de nombreuses aspérités. Il y avait, mais à de rares intervalles, développement de quelques gaz inodores; la constipation était assez opiniâtre. Je proposai l'emploi de la morphine sous la forme suivante :

Pr. Eau de tilleul.................. 100 grammes.
Hydrochlorate de morphine...... 10 centigrammes.
Sirop de fleur d'oranger......... 30 grammes.

Faites une potion.

La malade devait en prendre une cuillerée à bouche deux fois par jour après chaque repas. Les battements et les diverses sensations douloureuses disparurent comme par enchantement sous l'influence de ce remède, auquel il fallut néanmoins recourir à deux ou trois reprises différentes pour éteindre d'une manière complète le foyer douloureux. Le travail de la digestion put également s'opérer avec l'intégrité la plus parfaite. La constipation persista au même degré jusqu'après l'emploi de quelques purgatifs salins qui parvinrent à en triompher. Le traitement a été suspendu depuis trois mois environ, et la maladie n'a point encore présenté la plus légère récidive.

Obs. II. Mlle...., âgée de trente-quatre ans, mal réglée et d'un tempérament nervoso-lymphatique, était atteinte depuis quelques années déjà d'une gastralgie qui semblait avoir succédé à une diète lactée trop longtemps prolongée, car sous l'influence de ce traitement débilitant la malade avait vu ses digestions devenir pénibles, être suivies de rapports gazeux abondants; elle éprouvait aussi à l'épigastre une sensation de gonflement fort désagréable, et parfois des douleurs assez vives, la santé générale était délabrée, et la malade avait beaucoup maigri; elle ne vomissait point d'ordinaire, mais elle était tourmentée par une toux spasmodique et étouffée; il y avait de la constipation. Après m'être assuré de l'intégrité des organes abdominaux, je prescrivis l'administration de la morphine sous la même forme et à la même dose que dans la précédente observation, mais je n'obtins alors qu'un soulagement incomplet et de courte durée. Les douleurs s'amendaient, les digestions devenaient plus faciles, mais ces résultats heureux s'évanouissaient bientôt pour faire de nouveau place aux premiers symptômes morbides. Après avoir enfin lutté plusieurs fois de la sorte sans succès véritable, je fis usage des préparations ferrugineuses, parfaitement indiquées, du reste, par l'état général. A la suite de cette médication nouvelle, les forces redoublèrent, la menstruation devint plus abondante, les rapports gazeux cessèrent presque entièrement; les douleurs et la toux persistèrent, mais bien moins vives. Je crus alors

le moment opportun pour reprendre la morphine. Un entier succès répondit à mes prévisions ; la constipation seule ne put être immédiatement détruite, mais elle était habituelle chez la malade.

SAINT-MARTIN, D. M.,
A Niort (Deux-Sèvres).

BIBLIOGRAPHIE.

De l'infection purulente, ou pyohémie, par M. le docteur C. SÉDILLOT, chirurgien principal des armées, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien en chef, premier professeur à l'Hôpital d'instruction de Strasbourg, correspondant de l'Institut de France, etc.

La question que s'est proposée, dans cet ouvrage, M. le professeur Sédillot, est, sans aucun doute, dans l'état actuel de la science, tout à la fois une des questions les plus importantes et les plus difficiles qui se puissent agiter. Déjà M. Sédillot avait touché, soit directement, soit indirectement, à cette question. Nous avons dû rappeler ceci, tout d'abord, parce que quand il s'agit d'une discussion aussi grave, il n'est pas mal que l'auteur y ait procédé par des études antérieures de longue haleine. Toutefois, nous nous contenterons de rappeler ici ces études, et passerons immédiatement à l'analyse du livre, qui en est la dernière conclusion.

Après un historique fort étendu et fort bien fait des phases diverses par lesquelles a successivement passé la question de l'infection purulente, le professeur de la Faculté de Strasbourg aborde lui-même cette question. Voici, en nous servant de ses propres expressions, les différents points de vue sous lesquels il a cru devoir considérer ce sujet important. La pyohémie est-elle le résultat d'une diathèse, ou est-elle causée par l'introduction du pus dans le sang? Quel est le mécanisme de cette introduction? Le pus agit-il comme pus, ou par les produits auxquels il donne lieu? S'il agit comme pus, auquel de ses éléments faut-il attribuer l'action toxique dont il paraît doué? Sont-ce les globules, les granules, ou la sérosité séparés ou réunis, intacts ou altérés, qui déterminent les altérations pyogéniques et la mort? La guérison est-elle possible, et quelles sont les véritables indications du traitement? On conçoit que nous ne saurions suivre l'auteur d'étape en étape pour arriver avec lui au terme de sa course, ce serait là un travail qui dépasserait de beaucoup les limites dans lesquelles nous devons nous renfermer ici ; nous nous bornerons à ce qu'il y a de vraiment original dans

l'ouvrage du savant professeur, et indiquerons les conclusions principales auxquelles il est arrivé.

Il est quelques-unes des questions que nous venons d'indiquer, à la solution desquelles on ne pouvait parvenir que par la voie de l'expérimentation. Aussi, une bonne partie du livre de M. Sédillot est-elle consacrée à l'exposition des résultats auxquels cette expérimentation l'a conduit. Parmi ces résultats, il en est deux surtout qui doivent être signalés, ce sont les suivants : le premier de ces résultats, c'est que quand on injecte la matière purulente dans les veines d'un animal, il peut en résulter deux ordres de phénomènes essentiellement différents : dans un cas, c'est une véritable pyohémie, avec formation d'abcès métastatiques ; dans un second cas, on voit se développer sous la même influence une infection putride, gangréneuse, qui peut bien aussi donner lieu à la formation d'abcès multiples, mais alors ces abcès ne sont pas primitifs, ils résultent d'une inflammation éliminative, et dépendent de la présence des parties précédemment frappées de gangrène. Si M. Sédillot s'était borné à l'énonciation de ces simples résultats, il n'eût guère fait que préciser davantage les termes d'une question depuis longtemps agitée ; mais il a fait plus, il a abordé résolument la question qui a pour but la distinction de ces cas dans leur génération pathogénique. Or, suivant lui, cette question est nettement résolue : l'infection putride est déterminée par l'immixtion dans le sang d'un délétère putride né d'une substance animalisée quelconque, et l'infection purulente résulte essentiellement, uniquement de l'action sur le même liquide des éléments solides du pus. Bien qu'on ne doive accepter en général qu'avec réserve les conclusions qui s'appuient presque uniquement sur des expériences faites sur des animaux vivants, attendu que chaque organisme, dans la série animale, réagit à sa façon contre les agents qui provoquent un conflit morbide entre la vie et le monde extérieur ; cependant nous croyons qu'il y a trop de concordance entre ces résultats de l'expérimentation et les phénomènes présentés par l'organisme humain, sinon dans des conditions identiques, du moins fort analogues, pour qu'il soit permis de ne point accepter, dans leur généralité, les conclusions que vient de formuler M. Sédillot. Tel est donc un des grands résultats auxquels est arrivé cet auteur dans cette première partie de son livre. Mais un second résultat que nous avons annoncé, et qui est beaucoup plus important au point de vue de la thérapeutique, c'est celui-ci : quand on injecte du pus dans les veines d'un animal, si l'on ne dépasse pas certaines limites, comme quantité, l'animal peut survivre à l'opération, la vie peut triompher de cette intoxication, soit en assimilant le délétère, soit en l'éliminant par un émonctoire quelconque de l'économie.

Nous dirons que c'est là un des plus importants résultats auxquels ait été conduit M. Sédillot dans ses laborieuses expérimentations; aussi l'auteur n'a-t-il pas manqué de le saisir tout d'abord. Quelle est en effet la conséquence immédiate à tirer de ce fait? Une conséquence très-grave, c'est de savoir que l'infection purulente, quand elle ne dépasse pas certaines limites, est curable. Une telle conséquence ne sera pas acceptée de tous, car elle a contre elle les plus graves autorités. Pour notre compte, nous ne doutons pas cependant qu'elle ne finisse par rallier à elle les esprits impartiaux qui étudieront, comme nous l'avons fait, le livre de M. Sédillot.

Si cette conséquence naissait uniquement des résultats fournis par des expériences faites sur les animaux, nous ne l'accepterions pas non plus d'une manière aussi explicite; mais elle a pour elle l'autorité d'un critérium plus positif; nous voulons parler de l'observation clinique. Le chirurgien de Strasbourg, dont tout le monde connaît la sagacité en matière de diagnostic, cite des faits qui établissent rigoureusement la curabilité de cette redoutable affection. Maintenant nous ajouterons que l'éducation de beaucoup n'est point faite sur cette question délicate. Pour saisir l'infection purulente à son début, et c'est là un point essentiel pour la guérir, il faut en connaître parfaitement la physionomie, et ne point attendre, pour la diagnostiquer, que le pus se soit déposé dans les principaux viscères. Il faut d'ailleurs ne point poser en principe l'immuabilité de la maladie, car ce principe conduit à l'inaction, et la maladie marche, et la maladie tue. Beaucoup, nous le croyons, liraient avec fruit l'ouvrage de M. Sédillot, dans ce qui a trait au diagnostic, comme aussi dans ce qui touche au traitement. Toutes les règles que le chirurgien de Strasbourg pose en ce qui a trait à la nécessité, dans l'affection purulente traumatique, de tarir la source du mal, de fortifier l'organisme contre l'atteinte du délétère qui empoisonne le sang, toutes ces règles sont judicieuses et méritent d'être rappelées. Telle est, au sens de M. Sédillot, l'importance de la règle qui prescrit de soustraire l'organisme au foyer du mal, qu'il n'a point hésité, dans quelques cas, de recourir à l'amputation.

Nous ne voulons point terminer cette trop courte analyse, sans indiquer au moins la solution que donne l'auteur à la question capitale du mode d'introduction du pus dans le sang. Il nie d'une manière absolue la spontanéité de la purulence, et nous croyons qu'il a raison, bien que cette thèse ait été défendue par un homme d'infiniment d'esprit et d'une science non moins remarquable, M. Tessier. Mais M. Sédillot n'admet que deux causes directes de la pyohémie, la phlébite, et la pénétration du pus dans le sang à travers une division

mécanique des vaisseaux : nous croyons qu'en cela il a tort ; il n'a point réfuté les faits positivement établis par MM. Andral et Gavaret, faits fort importants, qui tendent à démontrer que l'infection purulente peut avoir lieu par absorption du pus à la surface d'un foyer inflammatoire, non sous la forme globulaire, ce qui est absurde, mais sous forme granulaire. Que M. Sédillot revoie cette question, et nous nous persuadons qu'il comprendra qu'il ne l'a pas résolue, en disant : le pus sans globules n'est pas du pus.

Ce livre restera dans la science, parce qu'il résoud plusieurs questions importantes, prépare la solution d'autres, et éclaire la pratique sur le diagnostic et le traitement d'une affection que beaucoup ne connaissent qu'incomplétement, et dont la plupart désespèrent d'une manière trop absolue.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Traitement des phénomènes prodromiques du choléra. — Nous le disions dans notre dernière revue des hôpitaux : le choléra semble se décider à quitter la capitale ; mais s'il nous abandonne, c'est pour s'étendre lentement dans les départements et pour répandre sur son passage le deuil et la désolation. Le moment n'est donc pas mal choisi pour jeter un coup d'œil en arrière, pour interroger les résultats fournis par la thérapeutique dans la dernière recrudescence. D'ailleurs nous ne sommes pas encore si éloignés de cette époque néfaste que nous puissions être certains de ne pas voir la maladie reprendre de nouveau sa marche ; et l'influence de l'élévation de la température, si appréciable dans cette recrudescence, doit nous tenir en garde contre une nouvelle invasion, si les chaleurs venaient à reparaître dans le courant de ce mois ou du mois prochain.

Nos lecteurs nous rendront cette justice que nous nous sommes attachés à les tenir au courant de tout ce qui s'est fait de rationnel et d'efficace dans e traitement de cette cruelle maladie. Aujourd'hui notre rôle est plus difficile ; nous avons à juger non pas tel ou tel médicament, mais les méthodes thérapeutiques qui ont été préconisées, soutenues, défendues dans le cours de l'épidémie par des confrères d'un savoir et d'une distinction incontestables.

Pour le moment, nous voulons seulement parler du traitement de la période prodromique. Tout le monde sait que si l'opinion émise d'une manière absolue par M. J. Guérin, relativement à l'existence constante des prodromes, trouve un certain nombre d'exceptions, ces exceptions ne sont pas assez nombreuses pour infirmer la règle ; et il n'y a pas

d'exagération à dire que dans 98 cas sur 100, le choléra proprement dit est précédé par des phénomènes prodromiques, parmi lesquels se place, au premier rang, la diarrhée. La conclusion à déduire de ce qui précède, c'est que, en temps de choléra, toute diarrhée, avec ou sans douleurs, doit être arrêtée aussi promptement que possible.

Dans le traitement de la diarrhée prodromique du choléra, on a employé, pendant l'épidémie actuelle, plusieurs moyens dont les principaux sont les opiacés, le sous-nitrate de bismuth à haute dose, le chloroforme, les astringents, la strychnine et les lavements au nitrate d'argent.

L'activité comparativement diverse de ces moyens fait aisément comprendre qu'ils ne sont pas applicables aux mêmes cas; et, sous ce point de vue, nous croyons utile de faire une distinction.

S'agit-il d'une diarrhée peu abondante et peu répétée, avec peu de troubles du côté des principaux appareils de l'économie et avec un peu de sensibilité du ventre, les opiacés, donnés par la bouche et en lavement, le repos, la diète en auront bientôt fait justice.

S'agit-il, au contraire, d'une diarrhée avec quelques phénomènes particuliers du côté des organes digestifs, anorexie, envies de vomir, etc., la diarrhée est-elle abondante, répétée, accompagnée de brisement des forces, de prostration, les opiacés seraient insuffisants si on les employait seuls; et c'est alors qu'on peut avoir recours soit au sous-nitrate de bismuth donné à haute dose, ainsi que l'a fait M. Monneret, soit au sous-nitrate de bismuth additionné d'opium, soit à la potion de chloroforme opiacée, dont nous avons vu que M. Vernois s'était servi très-avantageusement. C'est dans les mêmes circonstances qu'on peut faire usage des astringents, surtout en les combinant à l'opium et de la strychnine, dont l'action élective s'exerce d'une manière si heureuse sur les fonctions digestives.

Enfin si, malgré l'emploi de la médication précédente, la diarrhée persiste, ou si dès le début elle présente une grande intensité, si surtout elle se complique d'affaiblissement, d'une tendance au refroidissement des extrémités, de nausées, et même de quelques vomissements, il y aurait, ainsi que nous avons pu nous en assurer, quelque inconvénient à recourir ou à persister dans l'emploi des moyens précédents. C'est alors que nous avons vu réussir, entre les mains de nombreux praticiens des hôpitaux, les lavements au nitrate d'argent (15 ou 20 centigrammes pour 120 grammes d'eau), dont M. Duclos dit aussi avoir eu tant à se louer dans des cas analogues chez les enfants. Sous leur influence, et un seul lavement suffit quelquefois, la diarrhée se suspend pour ne plus se reproduire, et il lui succède une constipation

qui dure souvent deux et trois jours. C'est là une médication puissante, et qui, nous devons le dire, n'a aucun inconvénient et n'occasionne aucune douleur.

L'importance extrême qu'il y a à suspendre les phénomènes prodromiques de cette maladie nous fait malheureusement réfléchir aux difficultés que présente, dans les campagnes, la médication du choléra. Placés souvent à une grande distance du médecin, et ce dernier se trouvant lui-même, dans ces temps d'épidémie, hors d'état de faire face à toutes les difficultés du moment, les malheureux cholériques ne reçoivent pas, le plus souvent, des soins médicaux en temps utile. Nous nous sommes demandé comment il se faisait que l'on ne songeât pas à créer dans les campagnes, où ils rendraient certainement beaucoup plus de services que dans les villes, des dispensaires où tous les habitants pourraient venir réclamer quelques médicaments indispensables et à la portée de tous. Ces médicaments seraient désignés par le Comité d'hygiène institué dans chaque arrondissement, et ils pourraient être, ce nous semble, confiés dans chaque commune à l'instituteur ou au curé, qui en ferait la distribution en attendant l'arrivée du médecin. Notre expérience personnelle nous en a trop souvent convaincu : les campagnes souffrent encore plus de la privation des médicaments et d'officines que de soins médicaux. — Nous livrons ces réflexions aux Comités d'hygiène que la récente ordonnance du ministre de l'intérieur vient d'organiser dans chaque arrondissement.

Eclampsie puerpérale. — Résolution spontanée malgré la gravité apparente des phénomènes. — L'éclampsie est généralement considérée, et avec raison, comme une des complications les plus graves qui puissent survenir pendant le travail de l'accouchement. Dans un assez grand nombre de cas, on voit la mort se produire malgré les médications les plus énergiques, et quelquefois même avant qu'il ait été possible de donner à la malade les soins nécessaires. Mais il arrive aussi quelquefois que l'éclampsie, malgré la gravité apparente des phénomènes qui l'accompagnent, arrive à une heureuse terminaison, soit que la maladie cède immédiatement, l'accès convulsif ne se reproduisant plus, soit qu'elle détermine certaines altérations qui persistent pendant un certain temps pour disparaître elles-mêmes. L'observation qui suit est un exemple de ce dernier mode de terminaison. Une attaque éclamptique d'une grande violence et d'une longue durée amène une paralysie qui disparaît rapidement.

Une fille âgée de vingt-six ans, exerçant la profession de couturière, est apportée dans le service de M. le professeur Trousseau, au n° 4 de la

salle Sainte-Julie. Elle était accouchée la nuit précédente, et au moment où l'accouchement se terminait, elle avait été prise d'attaques éclamptiques qui s'étaient souvent répétées, et qui étaient suivies de profonde stupeur. On avait pratiqué une large saignée qui semblait n'avoir produit aucun amendement dans les symptômes.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la peau était chaude, le pouls fréquent et développé. Le bras et la jambe du côté gauche étaient agités de petits mouvements. Le bras et la main droite étaient fortement contracturés, avec de petits mouvements convulsifs; la jambe droite immobile. La sensibilité était conservée partout, mais les mouvements du côté droit complétement abolis.

On administra deux pastilles de calomel et on pratiqua une large saignée.

La stupeur continuait encore le lendemain. Cependant on pouvait avec des efforts tirer la malade de sa somnolence, et alors elle répondait en partie aux questions qu'on lui adressait. Le bras et la jambe gauches étaient très-mobiles. Le côté droit n'était plus agité de mouvements convulsifs et recommençait à se mouvoir sous l'influence de la volonté. Les lochies coulaient abondamment. La sécrétion du lait se faisait régulièrement. On continua l'administration du calomel.

Peu à peu les symptômes cédèrent graduellement, la stupeur disparut, la paralysie du côté droit, l'état convulsif du côté gauche cédèrent également. Le dixième jour la malade quittait l'hôpital, parfaitement guérie, sans qu'il restât la moindre trace des phénomènes qu'elle avait éprouvés.

Que doit-on voir dans un pareil état? Evidemment la disparition si rapide des symptômes ne permet pas de supposer quelque altération anatomique bien grave du côté de l'encéphale, une hémorrhagie dans la substance cérébrale par exemple, ou un épanchement dans les ventricules. Il faut bien admettre qu'il y a en là une simple névrose dont nous ne connaissons pas la nature, mais *qui a de nombreux analogues* en pathologie.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AMÉNORRHÉE *due à la présence de vers dans les intestins.* Cette observation montre une cause très-peu signalée de l'aménorrhée, qui, malgré sa rareté, ne mérite pas moins d'être prise en considération par les praticiens. Une fille de trente-deux ans environ, convenablement réglée depuis sa dix-neuvième année jusqu'à sa vingt-neuvième, vit, à cette époque, ses menstrues devenir peu à peu moins abondantes et finir par ne plus se montrer. En même temps sa santé s'altéra ; les digestions devinrent capricieuses, pénibles; les selles étaient ou trop rares ou trop

fréquentes: des vomissements existaient de temps en temps; une gastralgie intense tourmentait la malade. A tous ces symptômes s'en joignirent bientôt d'autres de nature hystérique. Plusieurs médecins eurent successivement recours, mais sans succès, aux divers remèdes usités contre l'aménorrhée qu'ils considérèrent comme le point de départ de tous ces phénomènes morbides. M. René Vanoye, consulté à son tour, épuisa également, mais en vain, tous les emménagogues et les toniques qui lui paraissaient indiqués par la constitution générale de la malade. Il ne savait plus à quels moyens se vouer, lorsqu'à la suite d'un purgatif de calomel, de rhubarbe et de magnésie, la malade évacua deux lombrics. Cette circonstance lui fit venir l'idée qu'une irritation vermineuse pourrait bien constituer le fond de cette affection problématique. En conséquence, des anthelmintiques furent administrés, savoir, le semen-contra, la valériane, le calomel, la spigélie. Ils chassèrent une quantité énorme de vers dont chaque évacuation fut suivie d'une sensible diminution dans les troubles fonctionnels. Cette médication fut continuée pendant environ deux semaines, au bout desquelles la malade se trouvait, sinon guérie, au moins notablement mieux. A ce moment, M. Vanoye crut pouvoir faire une nouvelle tentative pour rétablir le cours des règles. Elle fut faite avec des moyens internes et externes; l'effet ne tarda pas à s'en faire sentir. En moins d'une quinzaine, les menstrues commencèrent à fluer quoique en minime quantité, et durèrent environ cinq jours. Toute médication fut dès lors suspendue, ce qui n'empêcha pas qu'à l'époque suivante l'évacuation fût plus riche, et qu'après, la santé de la malade put être considérée comme parfaitement rétablie. (*Annales de Roulers*, 5e livraison, 1849.)

CAUTÉRISATION CONTINUE (*De la*) *appliquée au traitement du chancre phagédénique serpigineux.* Nous avons rapporté (tome 24, p. 356), comme digne d'être recommandée aux praticiens, la méthode de cautérisation continue, imaginée par M. le docteur Ebrard, de Bourg, pour la guérison sûre et rapide des ulcérations syphilitiques. Nous ne mettions pas en doute, en décrivant cette méthode, que son auteur ne dût trouver des partisans et des imitateurs. Voici, en effet, l'un des plus honorables praticiens de la Belgique, M. le docteur Ch. Teirlinck, qui vient aussi d'appliquer avec un plein succès ce mode de cautérisation au traitement de l'une des variétés du chancre les plus opiniâtres et les plus rebelles aux médications ordinaires, et, en particulier, au mode de cautérisation habituellement usité, le chancre phagédénique serpigineux. Convaincu, d'ailleurs, que la cautérisation est le seul traitement efficace (localement), mais à la condition d'être profonde et répétée; que si la cautérisation avec le nitrate d'argent échoue souvent en pareil cas, c'est non à l'inefficacité du caustique lui-même qu'il faut s'en prendre, mais à son action trop superficielle et trop peu persistante; encouragé enfin par les beaux résultats obtenus par MM. Hernandez et Ebrard, que nous venons de rappeler, M. Teirlinck a saisi la première occasion qui s'est présentée à lui pour traiter par ce moyen le chancre phagédénique serpigineux. Voici le fait qu'il rapporte, et qui prouve une fois de plus la confiance que mérite ce nouveau mode de cautérisation.

Obs. Mme W., âgée de vingt ans, entre à l'hôpital civil de Gand, le 20 janvier 1848, avec tous les signes de la diathèse scrofuleuse la plus prononcée. Elle offrait sur le mont de Vénus un chancre phagédénique serpigineux, de l'étendue d'une pièce de deux francs, et un autre un peu moindre, siégeant à la face externe de la grande lèvre gauche. Ces deux ulcérations tendaient sans cesse à faire des progrès en s'étendant en surface; elles présentaient un aspect sordide, et étaient recouvertes, dans toute leur étendue, d'une couche épaisse de matière pultacée grisâtre, couenneuse. Le médecin chargé à cette époque du service crut devoir prescrire un traitement général par les préparations mercurielles. La malade usa, pendant trois mois, de la liqueur de Van Swieten. Le traitement local consista d'abord en applications de cataplasmes émollients. On eut recours ensuite et successivement à des pansements avec le chlorure de chaux, l'onguent mercuriel, le vin aromatique, des solutions opiacées, une décoction de quinquina, etc.

On cautérisa profondément avec le crayon de pierre infernale. Mais rien n'y fit; rien ne put modifier le mauvais caractère de ces ulcérations; le phagédénisme persista, et elles continuèrent à s'étendre. Vu le tempérament lymphatique et la constitution scrofuleuse de la malade, on substitua aux préparations mercurielles l'iodure de potassium, associé aux tisanes amères et à un régime tonique. Sous l'influence de cette médication, le phagédénisme s'arrêta, les chancres cessèrent de s'étendre; mais ils restèrent stationnaires, ne montrant aucune tendance vers la cicatrisation. La malade était depuis un mois dans ce *statu quo*, en proie à une vive irritabilité et à des douleurs extrêmement violentes, qui la privaient de sommeil, lorsque M. Teirlinck, chargé alors du service, crut le moment favorable pour essayer la cautérisation continue. Il fit dissoudre 60 grains de nitrate d'argent dans 2 onces d'eau distillée, et ordonna de panser les ulcérations en recouvrant exactement toute leur surface avec un plumasseau de charpie trempé dans cette solution. Ces pansements furent renouvelés deux fois par jour. Au premier pansement, la malade se plaignit de vives souffrances pendant plusieurs heures; mais, au second, qui se fit le soir, les douleurs étaient complétement apaisées, et la malade dormit d'un bon sommeil. Le lendemain, elle accusa un bien-être qu'elle n'avait plus éprouvé depuis longtemps. L'application du nitrate d'argent fut continuée les jours suivants. Dès le cinquième jour, une amélioration notable était survenue dans l'état des ulcères. Leur aspect était totalement changé; la détersion s'opérait rapidement. Le huitième jour, des granulations de bonne nature recouvraient toute la surface des ulcères détergés. Les jours suivants, la guérison marcha à grands pas, la dessiccation s'opéra avec une grande rapidité, et, vers le quatorzième jour, la cicatrisation était complétement opérée. (*Annales de la Soc. de méd. de Gand*, avril et mai 1849.)

CHORÉE *traitée avec succès par la racine d'armoise vulgaire.* En Allemagne, la racine d'armoise passe pour un remède efficace contre l'épilepsie et la chorée. Jusqu'à quel point cette réputation est-elle méritée? c'est ce qui demande peut-être à être examiné d'un peu plus près qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Les anciens avaient beaucoup préconisé aussi cette substance comme agissant d'une manière spéciale sur les fonctions utérines. On sait combien il faut rabattre en général de ces prétendues vertus spécifiques. Toutefois, les faits sont en cette matière les seuls arguments valables, aussi ne doit-on négliger aucun de ceux qui peuvent contribuer à résoudre des questions de thérapeutique encore si obscures. A ce titre, nous reproduirons le fait suivant, rapporté dans un journal allemand, par M. le docteur Schoenberg.

Une fille de treize ans, non encore réglée, affectée depuis plusieurs années de chorée presque continue, fut soumise par ce praticien à l'usage de la racine d'armoise. Il en administra le soir, à la dose d'un gros, après quoi il permit de la bière chaude; dès la première dose le mal se calma notablement. Après la seconde, les contractions musculaires n'étaient plus que des tremblements, qui eux-mêmes disparurent par une troisième dose. Le quatrième jour, il en donna encore une prise le soir, et pour plus de sûreté, il revint au médicament et en administra trois doses, laissant écouler de quatre à sept jours entre les prises successives. Trois mois après ce traitement, il n'y avait pas ombre de récidive. (*Annales de Roulers*, 5e livraison, 1849.)

EAUX MINÉRALES DE SAINT-GALMIER (*Action thérapeutique des*). C'est un fait incontestable que, à mesure que les progrès de la civilisation s'étendent autour de nous, l'usage des eaux minérales se propage et se popularise. Les médecins ont contribué pour leur part à rendre accessibles à toutes les classes de la société des moyens thérapeutiques si puissants; ils y ont contribué surtout en faisant connaître aux habitants des différentes parties de la France les richesses qu'ils possédaient à leurs portes, et en étudiant attentivement le cercle d'application des eaux minérales de telle ou telle localité. Nous avons tenu nos lecteurs au courant de tous les travaux consciencieux et désintéressés publiés sur ce sujet depuis quelques années. A ce titre, nous devons une

mention à une note de notre honorable et savant confrère, M. le docteur Munaret, sur les trois sources de Saint-Galmier. Les eaux de Saint-Galmier, situées à proximité de Saint-Etienne, de Lyon et de Montbrison jouissent, depuis longtemps, dans cette partie de la France, d'une grande réputation. Ce sont des eaux acidules gazeuses et ferrugineuses, froides, très-limpides, d'une saveur acidulée et fraîche fort agréable, se conservant aisément sans altération, dégageant peu à peu, lorsqu'elles sont exposées à l'air, des bulles de gaz acide carbonique, et déposant, après quelques jours, une couche cristalline de carbonate de chaux. La composition de ces eaux, qui les rapproche à certains égards de l'eau de Seltz naturelle, fait comprendre que les maladies, pour la guérison desquelles on peut surtout employer ces eaux, sont : les inflammations si fréquentes de l'estomac et des intestins, surtout lorsque ces inflammations n'ont pas encore atteint ou ont franchi la période aiguë; les vomissements spasmodiques, la boulimie, le pica, le pyrosis, la dyspepsie, la diarrhée sans réaction, etc. M. Munaret a conseillé à plusieurs de ses clients, affectés de gravelle et de catarrhe de la vessie, l'usage méthodique et prolongé de l'eau de Saint-Galmier; tous ont été guéris ou notablement soulagés. La chlorose, la leucorrhée, les dérangements menstruels, les éruptions dartreuses sont aussi favorablement modifiées par ces eaux. Leurs qualités excitantes les rendent défavorables aux constitutions irritables et nerveuses, et aux malades frappés de phthisie pulmonaire ou de phlegmasie aiguë. Mais l'action la plus utile que l'on peut attendre de l'eau de Saint-Galmier, celle qui lui donne une véritable supériorité sur l'eau de Seltz, comme boisson habituelle, c'est son action stimulante sur les organes digestifs. Donnée en boisson habituelle, l'eau de Saint-Galmier entretient les forces digestives, pendant les chaleurs. Beaucoup de personnes, qui ne peuvent supporter l'eau gazeuse, font usage de l'eau de Saint-Galmier, seule ou trempée de vin, sans en éprouver la moindre incommodité.

INCONTINENCE D'URINE (*Cautérisation du méat urinaire dans l'*) *chez les enfants*. Dans le grand nombre de moyens proposés pour combattre l'incontinence d'urine des enfants, on se propose en général deux objets : combattre l'état pathologique spécial qui donne lieu à l'incontinence, soit irritation, soit atonie des organes urinaires; vaincre par des moyens coercitifs, plus ou moins violents, l'habitude vicieuse qui entretient cette maladie. Voici un moyen nouveau qu'a imaginé M. le docteur Chambers pour atteindre ce dernier but. Après avoir employé, chez une jeune fille de seize ans, en proie à une incontinence d'urine persistante et opiniâtre, le vésicatoire à la région sacrée, la teinture de cantharides et de chlorure de fer à l'intérieur et les douches froides sur les organes génitaux, sans autre résultat qu'une amélioration temporaire, ce praticien eut l'idée que s'il réussissait à donner une sensibilité exagérée à une partie de l'urètre, le passage de l'urine éveillerait la malade endormie, et qu'une fois l'habitude de l'organisme vaincue, l'affection deviendrait facile à guérir. A cette fin, il cautérisa le méat urinaire avec le nitrate d'argent, et, onze jours après cette opération, l'incontinence d'urine n'avait pas encore reparu. C'est un moyen quelque peu cruel sans doute, mais qu'on n'hésitera pas à employer, à l'exemple de M. Chambers, quand on songe à la désespérante opiniâtreté avec laquelle certaines incontinences d'urine résistent aux moyens les plus rationnels et les plus activement employés. (*The Lancet* et *Annales de Roulers*, 5e livraison, 1849.)

LEUCOMA *guéri par l'huile de foie de morue*. Tout en faisant une juste part à la nouveauté et à l'engouement qui ont dû entrer pour beaucoup dans les merveilles thérapeutiques attribuées à l'huile de foie de morue, on ne peut se dissimuler que ce ne soit en réalité un médicament précieux, dont on aura à se louer d'avoir enrichi notre matière médicale, quand l'expérience aura nettement déterminé les limites de ses indications et les conditions les plus favorables à son emploi. Jusqu'ici son usage, en France, s'est à peu près restreint au traitement général du rachitisme, des scrofules et des affections pulmonaires chroniques. On trouve cependant dans les auteurs allemands et hollandais, notamment dans un traité spécial, pu-

blié par le docteur de Jongh, de La Haye, une énumération des maladies auxquelles peut être utilement appliquée l'huile de foie de morue, qui étend bien autrement les limites de son emploi. Au nombre de ces maladies figurent en première ligne tous les accidents scrofuleux locaux, et, en particulier, les conjonctivites et kératites avec opacité plus ou moins complète. Voici un fait récemment communiqué à la Société médico-pratique de Paris, par M. le docteur Compérat, qui tendrait à confirmer les bons effets que les médecins allemands ont attribués, dans ce cas, à l'administration de l'huile de foie de morue.

M. Compérat dit avoir fait usage, avec succès, de l'huile blonde de foie dans le leucoma, suite de kératite. Quand il y a dépolissement de la cornée, il met une goutte d'huile de foie dans l'œil tous les jours, seule ou associée au laudanum. Il cite, entre autres cas, celui d'un individu dont les deux cornées étaient dépolies. En un mois il y avait commencement de vision; au bout de trois mois les cornées étaient brillantes.

Nous devons ajouter, pour l'édification des praticiens, qu'il n'est pas indifférent de se servir de telle ou telle qualité d'huile. L'huile *blonde* spécifiée ici est de beaucoup préférable aux autres; et c'est pour avoir indistinctement employé les autres qualités inférieures qu'on a pu rencontrer de ces mécomptes trop communs qui nuisent en même temps et au succès des expériences et à la réputation du remède.

OPÉRATION CÉSARIENNE *avec conservation de l'enfant et guérison de la mère, grâce à l'usage tant interne qu'externe de la glace.* L'observation suivante nous semble des plus remarquables. Une femme de trente-cinq ans, toujours menstruée régulièrement, avait souffert de nombreuses attaques d'arthralgies, surtout dans les membres inférieurs, l'épine et le bassin, qui avaient rendu la démarche difficile. Mariée depuis deux ans, elle eut une première couche très-laborieuse, qu'on ne put terminer que par l'extraction de l'enfant qui était mort. Pendant la première grossesse, elle eut encore des douleurs arthralgiques, à la suite desquelles son corps devint plus courbé, au point qu'elle ne pouvait se redresser qu'avec effort. Dans la nuit du 20 juin, le travail se déclara à terme, les eaux s'écoulèrent; mais la sage-femme ayant reconnu une présentation du bras gauche, ainsi qu'un vice de conformation du bassin, fit appeler M. Custodi. Celui-ci, en examinant la femme, constata d'abord une déviation de l'épine à gauche, spécialement au niveau des dernières vertèbres lombaires, divergence des membres inférieurs, obliquité de l'utérus. A l'intérieur, le diamètre transverse ou bi-ischiatique était de deux pouces et quelques lignes, l'oblique de moins de trois pouces, les autres normaux. Le col de l'utérus, très-dilaté, permettait de reconnaître une présentation de l'épaule gauche dans la position céphalo-iliaque gauche; du reste l'utérus était inerte, le fœtus vivant.

L'opération ayant été décidée dans une consultation avec MM. Lualdi et Bianschi, on commença par transporter la malade à l'hôpital; puis, tout ayant été préparé, M. Custodi incisa successivement sur la ligne médiane les couches tégumentaires, puis le péritoine, enfin le tissu utérin. Le placenta paraissant alors, on le détacha, et l'on finit par enlever le fœtus vivant et en bonne santé, qui fut confié à la sage-femme. L'opération avait été faite 16 heures après le commencement du travail. On rapprocha par la suture les lèvres de la plaie. A la visite du soir, il y avait un commencement de météorisme. (Glace sur le ventre, boissons glacées et mucilagineuses, petits lavements émollients, et diète rigoureuse.) Le matin, le météorisme a augmenté: pouls petit, prostration générale grave, écoulement abondant de sang par la vulve. Continuation des premiers remèdes. Ce même état persista trois jours, durant lesquels on continua l'usage de la glace. Le quatrième, M. Custodi trouva les choses fort améliorées, le météorisme bien diminué. Il était survenu une légère fièvre, et des mamelles gonflées suintait un peu de lait. La plaie, réunie dans sa partie supérieure, laissait couler par en bas une humeur blanchâtre, inodore, dont il coulait également par la vulve une certaine quantité, mêlée de quelques stries sanguinolentes. La guérison fit alors des progrès plus marqués, de sorte que, le neuvième jour, la plaie était pres-

que entièrement fermée. L'écoulement continuait par le vagin. On employa les mêmes remèdes, à part l'application externe de la glace. L'huile de ricin fut donnée à doses réfractées pour tarir la sécrétion laiteuse; la malade ne nourrissait pas. Le onzième jour, après des sueurs copieuses, parut une miliaire qui se dissipa heureusement au bout d'un septénaire. La malade avait tous les jours de copieuses selles fétides et noirâtres, et des urines très-abondantes, avec un épais sédiment blanchâtre. Enfin, la santé allait en se raffermissant, lorsque, le vingt-unième jour, il arriva un écoulement de sang par la vulve, qui dura trois jours. Depuis lors, cette femme jouit d'une excellente santé, sans incommodités, et élève son enfant, très-bien portant aussi.

On s'étonnera peut-être, dit l'auteur, que, malgré l'entéro-métro-péritonite qui éclata après l'opération, je n'aie pas eu recours aux évacuations sanguines, générales et locales. Mais l'écoulement de sang par la vulve, qui durait depuis plusieurs jours, et avait réduit la malade à une prostration grave, les sueurs copieuses qui ajoutaient encore à sa faiblesse, l'abondante sécrétion urinaire, et, avec tout cela, la nécessité absolue de maintenir une diète rigoureuse, m'ont toujours dissuadé des moyens antiphlogistiques plus énergiques, et m'ont engagé à me borner à l'usage tant interne qu'externe de la glace; conduite que le succès a pleinement justifiée.

Les bons effets dont nous avons été fréquemment témoin, dans les services de MM. Baudens et Robert, de l'emploi topique de la glace dans les cas de blessures des parois abdominales, ou de plaies résultant d'opérations de tumeurs siégeant dans le canal inguinal, nous expliquent facilement ce succès; ils nous portent même à penser que l'application immédiate de la glace eût prévenu le développement des accidents inflammatoires qui ont mis en danger les jours de cette femme. (*Ann. univers. di medicina*, et *Gaz. méd.*, juin 1849.)

PÉRICARDITE (*Valeur comparative des saignées et du calomel dans le traitement de la*). L'usage des mercuriaux, dans le traitement des inflammations des membranes séreuses, s'est beaucoup généralisé dans ces dernières années : prônés d'abord dans la péritonite puerpérale, où quelques auteurs ont dit en avoir retiré les meilleurs résultats, on en a généralisé peu à peu l'emploi; et, parmi les maladies des membranes séreuses, la péricardite est une de celles dans lesquelles ils ont été le plus vantés. Sous ce rapport, la médecine française a un peu subi l'influence de la médecine anglaise. Mais, en Angleterre comme en France, on a senti l'utilité de soumettre à un examen sévère la valeur des arguments invoqués en faveur des mercuriaux dans les inflammations des membranes séreuses, et dans la péricardite en particulier. M. Taylor, qui s'est fait connaître par des travaux remarquables sur la péricardite, s'est posé cette importante question de savoir : Quelle est l'efficacité comparative des émissions sanguines et des mercuriaux dans cette maladie? Nous pouvons dire, par avance, que les résultats auxquels il est arrivé ne sont pas aussi favorables aux mercuriaux que pouvait le faire croire l'opinion généralement répandue parmi ses compatriotes. M. Taylor a rendu pleine et entière justice au traitement antiphlogistique, tel qu'il a été formulé en particulier par M. le professeur Bouillaud. Ainsi, pour M. Taylor, comme pour M. Bouillaud, plus les saignées sont pratiquées à une époque rapprochée du début de la maladie, plus est courte sa durée. (Elle est plus longue de moitié lorsque les saignées sont pratiquées seulement après les quatre premiers jours de l'invasion.) Pour M. Taylor, comme pour M. Bouillaud, plus les saignées sont rapprochées et abondantes, plus les résultats sont favorables; mais M. Taylor diffère d'opinion avec M. Bouillaud sur quelques points : Suivant lui, jamais on ne peut *juguler* la péricardite, quelque abondantes et répétées que soient les saignées. D'un autre côté, ces émissions sanguines répétées ne préviennent pas toujours le développement d'inflammations sérieuses vers les organes internes. Les saignées n'agissent pas non plus sur la fréquence du pouls, tant que les signes d'inflammation persistent; enfin, des diverses espèces de péricardite, celle qui est rhumatismale cède plus facilement aux émissions sanguines, et réclame

des saignées plus abondantes et plus répétées que les autres. Les saignées locales ne paraissent pas, suivant M. Taylor, avoir une action spéciale sur la douleur. Saignées générales et locales, toutes diminuent la douleur, dans l'immense majorité des cas. Quant aux mercuriaux, leur action était plus difficile à apprécier, parce que leur emploi avait été presque toujours combiné avec celui des saignées. Mais ce qui rend probable le peu d'influence de ces préparations mercurielles, c'est que la durée de la maladie a été plus courte chez les sujets qui ont pris du mercure sans avoir de salivation, que chez ceux qui ont salivé; tandis que le contraire eût dû avoir lieu, si la salivation eût eu une influence marquée sur l'inflammation et sur l'absorption des produits de l'inflammation. Enfin, il est un certain nombre de cas dans lesquels la salivation n'a été suivie d'aucune amélioration; il en est d'autres dans lesquels la péricardite a paru s'étendre et augmenter d'intensité, malgré cette salivation; d'autres encore, où la salivation a été suivie du développement de la péricardite. Nous avons cru devoir mettre ces résultats sous les yeux de nos lecteurs, dans le but de nous opposer à la généralisation d'une médication qui a le tort, dans une maladie grave, comme la péricardite, de faire perdre l'occasion d'employer utilement les seuls moyens vraiment efficaces, les antiphlogistiques. (*Med. Times*, juillet 1849.)

PLAIE DU CERVEAU *chez un fœtus, suite d'une perforation du crâne; guérison.* Les annales de la science contiennent plus d'un cas de plaie du cerveau, avec perte de substance plus ou moins considérable, chez l'adulte, non-seulement avec conservation de la vie, mais encore avec intégrité de toutes les fonctions, y compris les fonctions intellectuelles; nous avons notamment été témoin d'un fait de ce genre chez un des blessés de juin 1848. Mais nous ne sachons pas qu'il existe un seul exemple de survivance d'un fœtus à une lésion du cerveau produite artificiellement par un instrument perforateur, dans le but de faciliter l'accouchement. Le fait suivant, que nous croyons unique sous ce rapport dans la science, paraîtra digne de quelque intérêt.

Au mois de juillet 1839, M. le docteur Lagae fut appelé auprès d'une femme, âgée de trente-quatre ans, en travail depuis plus de 48 heures, et auprès de laquelle on avait déjà fait des efforts inutiles avec le forceps; en désespoir de cause, on avait même eu recours au perce-crâne de Smellie, et on avait fait de vaines tentatives, au moyen d'un crochet mousse introduit dans l'ouverture du crâne de l'enfant, pour extraire la tête. — Après s'être assuré, par un examen attentif, de l'impossibilité d'extraire la tête par le forceps, et avoir balancé les dangers et les chances respectives de la crâniotomie et de l'opération césarienne, M. Lagae, encouragé par de précédents succès, se détermina pour cette dernière. L'opération mit au jour un enfant très-faible, poussant à peine quelques vagissements. Il offrait au crâne une plaie très-étendue, située à côté de la suture sagittale, un peu à droite, et quelques lignes au-devant de la fontanelle postérieure; le cerveau était à nu et semblait y être réduit à un état de bouillie sanguinolente; une petite quantité de substance cérébrale était même sortie par la plaie. Quelques jours après, la suppuration entraîna encore de la substance cérébrale à l'état de détritus. On se borna à appliquer sur la solution de continuité des compresses trempées dans l'eau froide; ce traitement, continué durant quelque temps, ainsi que les soins maternels, amenèrent la guérison du petit malade. Quant à la mère, elle fut rétablie au bout de quelques semaines. — Neuf mois après l'événement, M. Lagae présentait l'enfant à la Société de médecine de Roulers. La perte de substance du crâne avait alors l'étendue d'une pièce de 2 francs, au moins. Or, en tenant compte de la tendance qu'ont les pertes de substance des os du crâne à se réparer chez les jeunes enfants, on doit admettre que cette perte de substance était beaucoup plus considérable au moment de la naissance. Il est encore digne de remarque que cet enfant n'était pas moins avancé sous le rapport de l'intelligence que les autres enfants du même âge.

SANICLE *du Maryland (Effets avantageux de la) dans le traitement de la chorée.* On a dit et répété, non sans raison, que la multiplicité des médicaments vantés dans le traite-

ment d'une maladie témoigne trop souvent de l'inefficacité de la thérapeutique dans cette maladie. Cet axiome est malheureusement trop vrai pour les névroses. Dans l'épilepsie, les médicaments prônés par les auteurs comptent par milliers, et chaque jour en voit naître et mourir de nouveaux. Dans la chorée, où la thérapeutique est plus efficace, les moyens thérapeutiques sont moins nombreux, par cela même que la médecine est plus puissante; cependant, on en compte un bon nombre, les ferrugineux, les arsenicaux, les purgatifs, les antispasmodiques, les narcotiques, etc.; et malgré cela on trouve des cas où la maladie se montre rebelle aux moyens les mieux dirigés. C'est ce qui nous conduit à faire mention de la sanicle du Maryland, dont M. le docteur Zalviskiï dit avoir eu à se louer dans cette maladie. La sanicle du Maryland est une ombellifère qui croît dans les marais, dans les lieux bas et ombragés; elle atteint une hauteur de deux ou trois pieds; ses feuilles découpées, oblongues et digitées naissent autour de la tige; les fleurs fécondes sont sessiles, subternées; les autres sont stériles, pédiculées et plus nombreuses. La racine est fibreuse, aromatique, et possède le principe actif de la plante. L'alcool étendu on extrait le principe actif en certaine quantité; mais le meilleur mode d'administration consiste à donner la racine même desséchée et pulvérisée; c'est un puissant tonique, usité parmi le peuple comme un remède favori dans les fièvres intermittentes. Parmi les faits rapportés par M. Zalviskiï, nous avons remarqué celui d'une petite fille de huit ans, à peau fine et blanche, aux cheveux blonds, aux yeux bleus, qui fut prise, en mai 1839, de mouvements involontaires en diverses parties du corps, chez laquelle les mains étaient constamment en mouvement et qui avait des contractions fréquentes de la face, des clignotements spasmodiques des yeux et une agitation de tout le corps. Tous ces phénomènes s'accrurent peu à peu; la marche devint très-irrégulière; les contractions spasmodiques de la face augmentèrent de violence et de fréquence, de même que les mouvements des mains et l'agitation du corps. Le bras et la jambe gauche étaient beaucoup plus agités qu'à droite. Les purgatifs, les toniques, les antispasmodiques avaient été tentés sans succès. On prenait 2 grammes de racine de sanicle pulvérisée, délayée dans l'eau, à répéter trois fois par jour. L'effet en fut des plus marqués; la maladie cessa ses progrès. En trois jours, on obtint une amélioration très-sensible, et en quinze jours la chorée avait entièrement disparu. Nous devons ajouter que des observations rapportées par M. Z., il n'en est qu'une seule dans laquelle la chorée eût une certaine durée, et encore la guérison a-t-elle été lente, quoique complète. Bien que l'auteur n'ait eu recours qu'à la sanicle du Maryland, peut-être essayerait-on avec succès la sanicle d'Europe, *sanicula Europœa*, qui croît, comme l'autre, dans les endroits ombragés et dont les feuilles, après avoir joui autrefois d'une grande réputation contre les hémorrhagies, la leucorrhée, la dyssenterie, etc., sont aujourd'hui à peu près inusitées; mais on n'avait pas fait usage, que nous sachions, de la racine. (*American Journal* et *Revue médico-chirurg.*)

ULCÈRES CHRONIQUES (*De l'emploi du vinaigre dans le traitement des*). Outre son peu de cherté, qui en rend l'emploi précieux pour les malades de la classe où les ulcères chroniques sont justement les plus fréquents, ce topique a encore l'avantage d'entretenir la propreté et de prévenir toute mauvaise odeur. Enfin, sous l'influence de ce pansement régulièrement continué, dit M. Barber, on voit la suppuration diminuer peu à peu, et les bourgeons charnus prendre un bon aspect. Ces heureux changements sont tels, que l'auteur a souvent vu de pauvres gens venir le remercier pour avoir reçu de lui l'indication de ce moyen. Le mode d'application est des plus simples : il suffit de baigner chaque matin le membre où siége l'ulcère dans de l'eau chaude ou froide, afin de bien nettoyer celui-ci. On le lave ensuite avec du vinaigre commun, et enfin l'on y applique une compresse imbibée de ce liquide. Le tout est maintenu par un bandage roulé. Ne fût-il qu'un palliatif commode, ce pansement n'en mériterait pas moins, ce nous semble, d'être porté à la connaissance des praticiens; car, à part les effets avantageux qu'il peut exer-

cer, il rendra un service indirect à la classe indigente en remplaçant les pommades et les onguents irritants qu'elle n'est que trop portée à adopter pour la cure des ulcères atoniques. (*The Lancet* et *Gaz. méd.*, juin 1849.)

VARIÉTÉS.

L'épidémie cholérique est restée stationnaire pendant la dernière quinzaine; mais, hâtons-nous de le dire, elle est restée stationnaire dans des chiffres bien différents de ceux qui ont marqué son passage au commencement de juin. La moyenne des entrées dans les hôpitaux et hospices civils a été par jour de 15 à 20; celle des décès de 10 à 12. En ville, la moyenne de la mortalité a été un peu plus élevée, de 12 à 15 par jour. Cependant, soit influence de l'élévation de température, soit toute autre cause, il est des journées qui ont été assez chargées; par exemple celle du 18 juillet, où le nombre des entrées s'est élevé dans les hôpitaux à 42; celle du 20, où le nombre des décès a été de 21, et celle du 19, où le chiffre des décès en ville a été de 22. Nos renseignements, pour la mortalité en ville, s'arrêtent au 22 juillet; ce jour-là, elle atteignait 8,987 décès, et, en y ajoutant 6,714 décès qui ont eu lieu dans les hôpitaux, nous obtenons un total de 15,701, c'est-à-dire un chiffre qui se rapproche de plus en plus de celui de la mortalité cholérique en 1832.

La gravité de l'épidémie est loin d'avoir suivi le même mouvement de décroissance que le nombre des attaques, et parmi les victimes nouvelles, nous avons malheureusement à signaler un jeune élève du Val-de-Grâce, M. Slootmans, et deux directeurs des hôpitaux, M. M. Framboisier, directeur de l'hospice de Sainte-Perrine, et M. Th. Hémey, directeur de la Salpêtrière; ce dernier, mort victime de son courage et de son dévouement à l'établissement hospitalier qu'il dirigeait depuis plusieurs années.

Dans les départements l'épidémie se propage lentement; malheureusement, elle frappe sur son passage des localités qui avaient été respectées en 1832, et étend ses ravages à de nombreuses localités rurales, dans lesquelles elle sème l'effroi et la désolation. Tours et Clermont-Ferrand sont encore les deux seules villes où le choléra ait sévi avec une véritable intensité; et encore, dans ces deux villes, le choléra a-t-il moins atteint les habitants que les populations de certains établissements. A Tours, sur 80 détenus que renfermait le pénitencier, plus des deux tiers sont morts. A Clermont, dans l'asile des aliénés, sur 800 reclus, 150 ont été atteints en quelques jours, et 70 ont succombé.

A l'étranger, le choléra continue ses ravages et présente même, dans certains pays, une recrudescence notable. C'est ainsi qu'à Liége, les dernières kermesses ont donné à l'épidémie une activité nouvelle. Le choléra a paru à Malines à la suite des mêmes fêtes, et on n'est pas sans inquiétudes sur le résultat des prochaines kermesses de Gand et de Bruxelles. En Angleterre, la recrudescence a été encore plus marquée. A Londres la mortalité, qui était dans la première semaine de juillet de 152, a doublé dans la seconde semaine, et a été de 389, c'est-à-dire que le nombre des morts a dépassé le chiffre des décès le plus élevé qui ait été vu en 1832, au plus fort de l'épi-

démie. A Bristol, dans ces derniers jours, plus de 100 morts dans les vingt-quatre heures. A Plymouth, du 4 au 5 juillet, 93 cas de choléra, dont 37 suivis de mort. A Hull, en trois jours, 49 cas de choléra, et 20 décès. Le choléra règne aussi à Porthsmouth, Salisbury, Liverpool, etc. Dans cette dernière ville, on a compté 80 décès lundi dernier. Mais c'est surtout dans les États de l'Union et sur plusieurs autres points du continent américain que le choléra exerce des ravages vraiment effrayants. Les côtes est d'Amérique ont très-peu souffert, si l'on en excepte New-York où, aux dernières nouvelles, on comptait 40 ou 80 cas de choléra par jour, dont la moitié suivis de mort. Le fléau s'étend maintenant dans la vallée du Mississipi et sur les côtes ouest d'Amérique, ainsi que dans le Texas et le nord du Mexique. A Monterey, dans ce dernier pays, il est mort 280 personnes en un jour.

Le *Moniteur* a enregistré la première série des récompenses honorifiques accordées aux médecins, à propos des services rendus par eux pendant le choléra. Dans le personnel des établissements hospitaliers, le Président de la République a nommé, sur la présentation du ministre de l'intérieur, les médecins dont les noms suivent : *Officiers de l'ordre national de la Légion-d'Honneur* : MM. Husson, médecin de l'Hôtel-Dieu ; Guillot (Natalis), médecin de l'infirmerie de la Salpêtrière ; *Chevaliers du même ordre* : MM. Tardieu (Ambroise), médecin du Bureau central des hôpitaux, chargé d'un service à l'Hôtel-Dieu ; Pidoux, médecin du Bureau central des hôpitaux, chargé d'un service à la Charité ; Legroux, médecin de l'hôpital Beaujon ; Baillarger, médecin chargé d'un service d'aliénés à la Salpêtrière ; Mitivié, *idem* ; Trélat, *idem*.

Par le même arrêté, sont nommés ; *Chevaliers de la Légion-d'Honneur* : MM. Labat, élève en médecine, interne à l'infirmerie de la Salpêtrière ; Poirson, élève en pharmacie, attaché à l'infirmerie de la Salpêtrière.

M. le doyen de la Faculté de médecine a réuni les élèves dans le grand amphithéâtre de l'École, dimanche dernier 22 juillet ; il leur a fait part des témoignages de satisfaction qu'il a reçus de toutes les autorités civiles de Paris et des localités environnantes, pour le dévouement et la générosité avec lesquels ils ont donné des soins aux cholériques. M. le doyen les a vivement félicités de leur noble conduite ; et il leur a communiqué une lettre écrite par M. le ministre de l'instruction publique, lettre dans laquelle M. de Falloux s'exprime, sur le compte des élèves, dans les termes les plus flatteurs.

M. Bérard s'est ensuite expliqué sur les récompenses qu'il désirait qu'on décernât aux élèves ; il a fait part à son auditoire des efforts qu'il a tentés pour obtenir en faveur de deux d'entre eux, nommés par leurs camarades, l'insigne de la Légion-d'Honneur ; il a raconté que ces efforts avaient été tout d'un coup paralysés par l'accueil si peu bienveillant que MM. les internes des hôpitaux ont fait à la proposition de M. le ministre. M. Bérard n'a pas cependant renoncé au vif désir qu'il éprouvait de faire récompenser les élèves : il a eu une entrevue avec le Président de la République ; et sur ses instances, sur ses vives sollicitations, il a été décidé qu'une dispense d'une certaine partie des droits universitaires serait accordée à chaque élève, qui aurait rendu des services pendant le choléra. En même temps aussi, M. le doyen a sollicité du Président de la République qu'on frappât une

médaille en commémoration du zèle que la jeunesse médicale a montré pendant le choléra, et que cette médaille fût aussi remise à tous ceux qui ont donné des preuves de dévouement pendant l'épidémie que nous venons de traverser.

Nous pouvons ajouter à ce qui précède, que toutes les communications qui sont parvenues au gouvernement, de MM. les maires de Paris, témoignent du zèle et du dévouement de MM. les élèves en médecine dans les cruelles circonstances que nous venons de traverser. Nous devons une mention spéciale à MM. les élèves du Val-de-Grâce, qui ont fait l'abandon des émoluments qui leur ont été attribués, pour la constatation des décès, aux familles pauvres et atteintes par l'épidémie.

M. le ministre de l'instruction publique vient de nommer une Commission dite de l'Enseignement supérieur, dans le but de procéder, au point de vue de la liberté de l'enseignement, à la révision attentive de la législation qui régit les grands centres d'instruction (Facultés des lettres, des sciences, de médecine, de droit et de théologie), principalement en ce qui touche la part à faire aux exigences de la liberté, et les programmes des cours et examens.

Par le même arrêté, le ministre a confié à une Commission spéciale, qui se concertera avec la Commission supérieure, le soin de préparer un projet de loi sur l'art médical considéré dans ses applications pratiques, dans le but, est-il dit dans l'arrêté, de pourvoir au règlement définitif de l'état provisoire dont souffrent depuis nombre d'années plusieurs branches de la médecine. Nous désignons seulement les membres de la Commission de médecine; ce sont: MM. Bérard, doyen de la Faculté de médecine, Orfila, Paul Dubois, Trousseau, Denonvilliers, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; Dubois (d'Amiens), Récamier, Malgaigne, J. Guérin, membres de l'Académie de médecine; Bussy, professeur à l'Ecole de Pharmacie; Lasègue, docteur en médecine.

D'après de nouveaux renseignements qui nous sont parvenus, la haute Commission des études médicales serait sur le point d'être augmentée de six membres, afin que tous les éléments du corps médical, et principalement des corps enseignants, y soient représentés d'une manière complète. Parmi les nouveaux noms qu'on désigne, se trouvent ceux de MM. Caventou et Bonnet (de Lyon), qui représenteront, l'un les intérêts de l'art pharmaceutique, l'autre ceux des Écoles préparatoires.

L'Académie de médecine a procédé, dans la séance du 17 juillet, à la nomination d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale. On se rappelle qu'un premier scrutin avait eu lieu au commencement de ce mois, et que, par suite du partage égal des voix entre M. Robert et M. Ricord, l'élection avait été renvoyée à quinzaine. L'élection a encore été renvoyée ce jour-là, par suite d'une irrégularité dans le scrutin; mais, dans la séance du 24 juillet, la lutte s'est terminée par la nomination de M. Robert, qui a obtenu quarante-neuf voix, contre M. Ricord, qui n'en a obtenu que quarante.

Notre honorable confrère, M. Magendie, président du Comité d'hygiène de France, est en ce moment à Londres, chargé par le gouvernement français d'une mission d'enquête sur la marche et le traitement du choléra en Angleterre. M. Magendie a été reçu en grande assemblée par la direction sanitaire générale.

Le concours ouvert, le 4 juin dernier, devant la Faculté de Montpellier pour une place d'agrégé, section de chirurgie, a été clos le 2 juillet courant par la nomination de M. le docteur Courty.

A la suite du concours ouvert pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris, M. le docteur Guérin, ancien aide d'anatomie de la Faculté, a été nommé à l'unanimité. Son concurrent M. Triquet, interne à l'Hôtel-Dieu, a reçu une mention honorable.

Le Congrès scientifique de France tiendra sa seizième session à Rennes, du 1er au 10 septembre prochain.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LE VOMISSEMENT NERVEUX.

Par M. Valleix, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite (ancien Hôtel-Dieu annexe).

La maladie dont il va être question dans cet article est assurément une des moins connues. Il suffit de parcourir les traités de pathologie, même les plus complets, pour s'assurer que, jusqu'à ce jour, les renseignements qui nous ont été fournis sur ce sujet par l'observation sont tout à fait insuffisants. En effet, les auteurs qui n'ont pas passé complétement sous silence le vomissement essentiel, idiopathique, ou nerveux, car on peut lui donner tous ces noms, se sont bornés soit à le mentionner en peu de mots, soit à en faire une description très-vague, et souvent inexacte à cause de la confusion qu'ils ont faite entre des cas très-différents.

Ce vomissement n'est pas, néanmoins, une maladie sans importance. On va voir, en effet, que, dans certaines circonstances, il est extrêmement grave et détermine presque infailliblement la mort. Est-il donc très-rare? Assurément non, si l'on a égard aux vomissements opiniâtres qui surviennent dans les premiers mois de la grossesse, et qui très-souvent sont, comme chacun sait, des vomissements purement nerveux. Et si je peux m'en rapporter à ce que j'ai vu, aux faits dont j'ai entendu parler par des confrères, et à quelques-uns qui ont été publiés, la rareté du vomissement nerveux, même dans l'état de vacuité, n'est pas très-grande. Mais il faut convenir aussi que, dans ce dernier cas, ce n'est pas là une de ces maladies qui se présentent habituellement à notre observation, et avec lesquelles nous pouvons facilement nous familiariser. Or, c'est précisément au vomissement nerveux, hors les cas de grossesse, que je me propose de consacrer particulièrement cet article.

Avant d'exposer ce que j'ai observé, j'ai recherché si je ne trouverais pas dans les auteurs un certain nombre de faits qui pussent m'être utiles. Relativement au vomissement pendant la grossesse, nous possédons des documents intéressants ; mais il n'en est pas de même relativement au vomissement nerveux dans l'état de vacuité. Les auteurs des siècles derniers qui ont particulièrement fixé leur attention sur le vomissement, n'ont pu m'être réellement utiles. Ils ne connaissaient pas suffisamment le rapport des diverses lésions des organes avec le vomissement, pour pouvoir décider d'une manière positive si la ma-

ladie était essentielle ou non. On peut s'en convaincre en lisant les observations rapportées par Morgagni, F. Hoffmann, etc. Un seul cas, parmi ceux que mentionne F. Hoffmann (*De motu ventriculi convulsivo sive vomitu*; Op. omn., t. III, sect. Ire, *obs.* VIII, p. 151, Genève, MDCCLXI), m'a paru se rapporter au vomissement nerveux. J'en dirai quelques mots plus loin, et je ferai voir combien l'observation est insuffisante.

Quant aux modernes, ils ont bien distingué le vomissement nerveux de tous les autres vomissements, bien que, dans un certain nombre de cas, le diagnostic soit fort difficile; mais ils ne nous ont généralement pas donné des observations détaillées. M. Chomel a plusieurs fois, dans ses leçons cliniques, attiré l'attention sur les vomissements opiniâtres survenus sans cause appréciable et se terminant fréquemment par la mort; mais c'est surtout sur le vomissement des femmes enceintes qu'il a insisté, bien qu'il ait été frappé par un certain nombre de cas qui avaient lieu dans l'état de vacuité.

Je sais que M. Louis a eu occasion d'observer plusieurs faits du même genre; et je dois à l'obligeance de M. Leudet, actuellement interne à l'Hôtel-Dieu dans la division de ce médecin, la communication de deux observations dont je ferai mention plus loin.

M. le professeur Paul Dubois, qui s'est beaucoup occupé des vomissements opiniâtres et graves qui rendent les premiers mois de la grossesse si orageux, a pu étudier aussi des vomissements semblables chez des femmes non enceintes; il en a indiqué un cas dans ses leçons cliniques publiées par M. Laborie dans l'Union médicale (Voy. le numéro du mardi 17 octobre 1848). Voici ce qu'il dit à ce sujet : « Répétons aussi, pour exposer toutes les difficultés, que quelquefois des vomissements tout à fait analogues, se présentant avec les mêmes périodes, peuvent exister sans cependant qu'il y ait grossesse. Un exemple de ce genre s'est offert dans ma pratique; il s'agissait de la femme d'un littérateur distingué. Cette dame était arrivée à son âge critique, chez elle on n'avait reconnu aucune lésion de l'estomac, et les vomissements prirent une telle intensité qu'ils déterminèrent la mort de la malade. »

Sans doute on pourra trouver, dans les diverses publications, quelques autres documents semblables à ceux que je viens de mentionner; mais il n'en est pas moins évident que le sujet est encore presque vierge, ce qui donnera, je l'espère, quelque intérêt à cet essai nécessairement très-imparfait.

La première remarque à faire, lorsque l'on s'occupe du vomissement nerveux, survenu hors l'état de grossesse, c'est que cette affection a lieu plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Pour ma part,

j'ai pu l'observer trois fois, et trois fois il existait chez des femmes. Les deux observations que m'a communiquées M. Leudet ont été recueillies sur des femmes, et il en est de même du fait indiqué par M. Paul Dubois. Le fait rapporté par F. Hoffmann (*loc. cit.*) est le seul, à ma connaissance, où les vomissements nerveux dont nous nous occupons ici, se seraient manifestés chez un homme. Mais le diagnostic est-il certain ? Pour qu'on puisse en juger, je vais citer l'observation.

Obs. Ire. *Vomissements entraînant la mort chez un homme de soixante dix ans.* — « Un homme âgé de soixante-dix ans, d'une constitution si robuste, que pendant toute sa vie il n'avait éprouvé presque aucune maladie, commença, il y a environ deux ans, à se plaindre de douleurs des lombes, d'inappétence, de lassitude. Dans l'hiver précédent, il avait été obligé d'aller à Magdebourg pour un procès ; les choses n'allant pas selon ses désirs, il eut de violentes contrariétés, et, de plus, de nombreuses occupations pendant un froid très-vif venant se joindre à ces causes, il éprouva, de retour chez lui, un complet anéantissement des forces, le dégoût des aliments, et une douleur anxieuse et constrictive vers le dos et auprès de l'appendice xyphoïde, symptômes auxquels se joignaient des alternatives d'horripilations et de chaleur brûlante. Il y avait, en outre, des tortillements d'intestins et une constipation opiniâtre. Enfin, survinrent des vomissements par lesquels étaient rejetés tous les aliments et les médicaments.

« Le malade disait qu'il éprouvait au-dessous de l'estomac un certain resserrement qui, empêchant le libre cours des matières ingérées dans l'intestin, déterminait une régurgitation dans l'estomac. Que si, au contraire, il passait quelque liquide dans la partie inférieure du canal intestinal, alors il survenait des tortillements intestinaux.

« Survint, en outre, une inquiétude continuelle, et aucun médicament parmi les émollients et les antispasmodiques, tant internes qu'externes, ne put apporter le moindre soulagement. Mais le vomissement, le hoquet et des aphthes de l'œsophage et de la bouche, prenant sans cesse de l'accroissement, le malade, presque complétement émacié et privé de ses forces, mourut au bout d'environ quatre mois de maladie. »

Réflexions. On voit que, dans cette observation, il y a malheureusement, comme dans toutes celles des auteurs de cette époque, beaucoup de détails importants qui se font désirer, ce qui nous met dans l'impossibilité de porter un diagnostic précis. Hoffmann se contente de dire que le malade vomissait tous les aliments et tous les médicaments : cela ne suffit pas. Ne vomissait-il pas des mucosités? Vomissait-il parfois de la bile? Les vomissements étaient-ils très-fréquents? Les aliments, qu'il aurait fallu indiquer, étaient-ils rendus immédiatement après leur ingestion ou longtemps après ? Y avait-il des jours où le malade ne vomissait pas? Voilà bien des questions auxquelles l'observation ne répond nullement, et cependant leur solution serait indispensable.

Je le répète donc, dire d'une manière absolue qu'il s'agissait d'un

vomissement nerveux, c'est ce qui est absolument impossible. Toutefois, il est quelques raisons qui me font croire que telle était la nature de la maladie. Ces raisons, les voici : La maladie survint dans le cours d'une bonne santé ; la cause probable fut une série plus ou moins longue de violentes contrariétés et peut-être de vifs chagrins, cause à laquelle vinrent s'ajouter la fatigue et le froid; il n'y a sans doute pas eu de vomissements noirs, ni sanglants, car il est très-probable que Hoffmann n'aurait pas manqué de les noter ; la maladie n'a duré que quatre mois ; les symptômes qui précédaient les vomissements étaient ceux qu'on observe dans le vomissement nerveux, ainsi qu'on le verra plus loin ; enfin la maladie n'a duré que quatre mois, ce qui constitue une durée qui se rapproche plutôt de celle du vomissement nerveux que de celle d'une maladie organique de l'estomac.

Mais je n'insiste pas davantage sur cette observation, dont l'insuffisance nous prouve combien il est utile de ne pas négliger les détails, même lorsqu'ils ne paraissent pas avoir une importance très-grande.

Causes. La plupart des maladies de l'estomac ont été attribuées aux chagrins, ou à de vives émotions fréquemment répétées ; il est donc bien naturel qu'on ait invoqué la même cause pour une affection qui est, suivant toutes les apparences, de nature nerveuse. Comme simple renseignement, vu le trop petit nombre des faits, je dirai que parmi les cas dont j'ai eu connaissance, il n'en est qu'un seul qui ait paru pouvoir être attribué à cette cause.

Ce même motif, le nombre trop restreint des faits, ne me permet pas de parler utilement des autres causes assignées à ce vomissement, telles que l'insalubrité du logement, une nourriture insuffisante, mal réglée, les divers excès. Une femme, âgée de soixante-six ans, que j'ai eue dans mon service à l'hôpital Sainte-Marguerite, et que j'ai ensuite vue chez elle jusqu'à sa mort, avait un appétit considérable ; elle mangeait beaucoup, et buvait beaucoup de vin. Mais depuis longues années elle suivait ce régime, sans en avoir jamais souffert.

L'âge mérite considération. Dans quatre cas de mort dont je connais les détails, l'âge a varié de quarante à soixante-six ans; dans les deux cas recueillis par M. Leudet, l'âge était de vingt-quatre et de trente-deux ans : les malades ont guéri. C'est là un renseignement précieux, mais dont nous ne pouvons encore tirer aucune conclusion. Quant à l'âge critique, qui a paru à quelques auteurs exercer une grande influence sur la production de cette maladie, je ne vois rien, dans les observations, qui confirme cette manière de voir. Sur cinq femmes, il n'en est qu'une qui approchât de cet âge, et rien, dans l'état de la menstruation, n'avait encore présenté le moindre trouble.

***

J'ai à peine besoin d'ajouter que la grossesse, dans les premiers mois, est la principale cause du vomissement nerveux; c'est un fait qui a été reconnu de tout temps, bien que ces vomissements, lorsqu'ils ont pris une intensité assez grande pour compromettre l'existence de la malade, n'aient pas été étudiés avec tout le soin désirable.

Enfin, il faut reconnaître que dans certains cas où la grossesse n'existe pas, nous ne pouvons pas parvenir à saisir la cause du mal, et quant à la plupart de ceux où la grossesse existe, on ne saurait comprendre pourquoi ils ont pris une gravité insolite et assez grande pour causer la mort.

L'observation suivante, que je vais rapporter avec quelques détails, nous montre combien, dans cette maladie, la cause est difficile à distinguer.

Obs. II. *Vomissements nerveux, d'abord à des intervalles assez éloignés, se rapprochant ensuite et se produisant plusieurs fois par jour. Bronchite capillaire; ramollissement cérébral; mort après deux mois et demi de maladie.* — Une dame, âgée d'environ cinquante ans, d'un embonpoint considérable, d'une forte constitution, eut, au milieu du mois de janvier dernier, sans cause appréciable, un premier vomissement, qui fut le signal de sa maladie.

Cette dame n'avait jamais eu de maladie très-grave depuis les maladies de l'enfance. En 1832, à l'époque du choléra, elle eut une gastralgie assez rebelle, avec quelques phénomènes hystériques. Cette maladie fut parfaitement guérie; mais depuis cette époque il y eut, de loin en loin, quelques accidents nerveux remarquables. Ces accidents consistaient parfois en une vive suffocation, survenant tout à coup la nuit, pendant le sommeil, donnant lieu à une toux rauque et sifflante, forçant la malade à se lever, s'apaisant sans aucun moyen thérapeutique et ne laissant pas de trace. Ces accès de suffocation se montraient quelquefois deux, trois et quatre fois dans une année, principalement vers l'automne; quelquefois ils restaient un et deux ans sans reparaître.

Les autres accidents étaient plus remarquables. La malade, dans un état de santé parfait, éprouvait tout à coup un sentiment d'étourdissement, d'embarras de la langue, de faiblesse du bras droit, poussait une ou deux exclamations; et puis ces phénomènes se dissipaient complètement, laissant après eux un sentiment de froid et de lassitude dans tous les membres et des coliques, suivies d'une ou de plusieurs garderobes liquides. Quelques heures après, tout était rentré dans l'ordre. Dans ces dernières années il y eut, à quatre ou cinq reprises différentes, et à plusieurs mois d'intervalle, d'autres symptômes singuliers, qui consistaient en un mouvement subit de chaleur vers la face et le cou, suivi bientôt d'une sueur froide, le tout durant à peine une minute. Ces petits accès revenaient dix, quinze et vingt fois par jour.

Enfin, depuis quatre ou cinq ans, elle était sujette à des bronchites capillaires, limitées à la partie inférieure et postérieure de la poitrine, s'accompagnant de fièvre et de douleurs pectorales, et se dissipant en peu de jours.

La malade, quoiqu'elle eût eu, depuis quelque temps, des émotions un peu vives, dont quelques-unes avaient dû être pénibles, n'avait pas de chagrins profonds.

Le premier vomissement eut lieu pendant le dîner ; la malade mangeait une première cuillerée de soupe. Elle s'était mise à table avec assez d'appétit, et, après le vomissement, elle put dîner comme à l'ordinaire. Pendant plusieurs jours la santé ne souffrit en aucune manière, et on put considérer ce vomissement comme un simple accident.

Un second vomissement fut également suivi d'un intervalle de quelques jours, mais moins long que le premier ; puis il s'en produisit d'autres, de plus en plus rapprochés, jusqu'à ce qu'enfin, dans la seconde semaine de février, on en comptait jusqu'à huit ou dix dans une journée.

Depuis ce moment, jusqu'aux cinq ou six jours qui précédèrent la mort, les vomissements continuèrent, non toutefois sans laisser, de loin en loin, 24 ou 36 heures au plus d'intervalle. Ils étaient habituellement plus nombreux le jour que la nuit. Souvent les aliments et les boissons les provoquaient. Quelquefois, au contraire, ils se trouvaient calmés pour quelque temps, lorsque la malade avait pris des aliments légers. Ce qu'il y avait de remarquable, c'est que, pendant deux ou trois jours, certains aliments paraissaient calmer, tandis que d'autres révoltaient l'estomac, et qu'ensuite c'était l'opposé ; de telle sorte que les aliments, auparavant bien supportés, étaient rejetés, *et vice versâ*. Un autre fait digne de remarque, dans la provocation des vomissements, c'est que des aliments réputés peu digestibles, tels que la soupe à l'oignon, passaient quelquefois pendant plusieurs jours, lorsque le lait, le bouillon, la gelée de viande, provoquaient le vomissement d'une manière invincible.

Ce qu'il faut encore noter, c'est que presque jamais les aliments eux-mêmes n'ont été rejetés. Pour qu'ils le fussent, il fallait que le vomissement eût lieu immédiatement après leur ingestion, ce qui était rare. J'ai dit, en effet, plus haut, qu'il était plus fréquent de voir les vomituritions se calmer pendant un certain temps après cette ingestion.

La matière des vomissements, pendant toute la durée de la maladie, fut presque toujours uniquement formée d'une quantité médiocre de mucosités blanches, sans saveur, plus ou moins mousseuses. Quatre ou cinq fois seulement il s'y mêla une certaine quantité de bile jaune ou verdâtre. Lorsque les efforts de vomissement avaient été très-considérables, on y trouvait un ou deux filets de sang très-légers. Les boissons étaient parfois visibles dans ces vomissements ; les aliments l'étaient bien moins souvent.

La douleur de l'estomac était complétement nulle à la pression. Dans les premiers temps, les vomissements furent précédés de quelques ortillements douloureux à la région épigastrique ; mais, dès que le vomissement avait eu lieu, le calme se reproduisait complétement. Après la seconde semaine, ces douleurs épigastriques cessèrent pour ne plus se remontrer, et il n'y avait plus qu'un simple soulèvement de l'estomac.

Le vomissement était habituellement précédé d'un état de malaise général, de collapsus, de sensation d'anéantissement, de pâleur de la face, d'anxiété ; mais, dès que l'estomac s'était débarrassé de son contenu, le calm le plus profond se rétablissait.

Outre les vomissements, il y avait souvent des éructations pénibles, pendant lesquelles la malade rendait des gaz sans aucune saveur.

La région épigastrique, examinée avec la plus grande attention pendant toute la durée de la maladie, ne présenta absolument rien d'anormal ; pas de douleur à la pression, comme je l'ai dit plus haut, pas de gonflement, pas de dilatation, pas de tumeur ; parfois, seulement, un peu de sonorité due à quelques gaz accumulés, et plus marquée vers le grand cul-de-sac de l'estomac.

Tels furent, on peut le dire, les seuls symptômes de cette affection pendant les deux premiers mois. Il y avait seulement un peu de constipation facilement vaincue par les laxatifs ; du reste, aucune douleur ailleurs ; la peau était fraîche, la tête parfaitement libre, les traits n'avaient pas subi d'altération ; le teint était bon ; il y avait seulement de l'amaigrissement par suite de la privation de nourriture ; mais cet amaigrissement était médiocre ; le pouls, toujours régulier et conservant à très-peu près sa force et son développement ordinaires, ne s'éleva pas, pendant tout ce temps, au-dessus de 80 pulsations, et resta habituellement à 68 ou 70.

Dans les premiers jours du mois de mars, il survint une bronchite capillaire, bornée à la partie postérieure et inférieure de la poitrine, caractérisée par du râle sous-crépitant à la base, des deux côtés, par une toux fréquente et un peu de fièvre. Sous l'influence de cette nouvelle maladie, les vomissements, qui s'étaient calmés d'une manière remarquable pendant quelques jours, reprirent leur fréquence.

Les symptômes de cette bronchite perdirent beaucoup de leur intensité au bout de quatre jours, environ ; mais le râle sous-crépitant des deux côtés persista. Le 14 mars, cette affection incidente prit, sans cause connue, une nouvelle intensité ; le râle sous-crépitant prit peu à peu une grande extension, la respiration devint très-difficile, et, le 16, il y avait orthopnée complète et râle trachéal. Le 18, la malade ne pouvait plus se coucher, et, ce jour-là, il survint un nouvel accident : ce fut une hémiplégie complète, avec perte absolue de la parole, et la malade succomba le 20 au soir.

La fièvre ne s'était allumée véritablement que dans cette reprise de la bronchite ; alors seulement la chaleur de la peau devint plus élevée qu'à l'état normal, et le pouls s'éleva graduellement à 100, puis à 110 et 120 pulsations.

Mais, chose bien remarquable, pendant les six ou sept derniers jours, et pendant cette aggravation si grande de la bronchite capillaire, il n'y eut plus un seul vomissement.

Le traitement mis en usage fut complétement infructueux. Il consista en antispasmodiques, éther, castoréum, assa-fœtida en lavement, etc. ; en narcotiques, opium, acétate de morphine, laudanum, datura à l'intérieur et à l'extérieur. Le nitrate de bismuth, conseillé par M. Velpeau, n'eut aucun succès ; il en fut de même des lavements laudanisés, de l'eau magnésienne, donnés par M. Louis, qui vit plusieurs fois la malade, et de la racine de colombo, administrée par M. Paul Dubois, qui avait été appelé ainsi que M. Velpeau pour s'assurer s'il y avait ou non état de grossesse, et qui avait reconnu l'état de vacuité de l'utérus. Enfin le charbon de peuplier, dont M. Bellocq a retiré de bons effets dans certains cas qui avaient quelques rapports avec celui-ci, le sulfate de quinine donné en lavements, parce qu'on avait cru entrevoir une certaine intermittence dans les symptômes ; les vésicatoires à l'épigastre, les sangsues, etc., tout échoua complétement. Les vésicatoires saupoudrés avec l'acétate de morphine fu-

rent, de tous ces moyens, celui qui aporta le plus de soulagement; mais ce soulagement fut toujours très-passager. Vers le milieu de la maladie environ, me rappelant un fait dans lequel M. Mélier, après avoir constaté l'alcalinité des matières rejetées par le vomissement, avait obtenu un plein succès de l'administration des acides, j'examinai les matières rendues; elles étaient très-légèrement acides. Des préparations acides furent administrées, mais sans aucun résultat avantageux. Dans les premiers temps, des promenades en voiture furent tentées, mais elles exaspérèrent la malade.

Réflexions. Tel est ce fait que j'ai cru devoir présenter avec détail, parce qu'il est un type de la maladie dont je veux entretenir le lecteur. Nous y voyons une affection bornée uniquement à l'estomac ; n'altérant en rien les autres fonctions, pas même les fonctions intestinales ; de telle sorte que, sans un peu d'amaigrissement et de faiblesse dus au défaut de nourriture, on ne croirait pas, dans l'intervalle des vomissements, qu'il existe la moindre maladie.

Évidemment, cette affection ne peut être confondue avec aucune de celles qui ont pour caractère anatomique une lésion quelconque de l'estomac, et c'est ce que j'établirai à l'article consacré au diagnostic.

Cette affection n'étant pas très-commune, et partant, n'étant pas aussi connue que celles qui se présentent journellement à l'observation, on pourra peut-être se demander comment on distingue un pareil cas d'un empoisonnement. Tout médecin qui a des notions pathologiques précises reconnaîtra sans doute à une simple lecture de ce fait qu'il n'y a aucune espèce d'empoisonnement soit par les substances végétales, soit par les substances minérales, qui puisse donner lieu à ces symptômes; mais les personnes ignorantes n'ayant pas les mêmes moyens de distinguer la vérité, c'est un point qui mérite que nous le discutions. C'est ce que je ferai en étudiant le diagnostic de cette maladie, dont les caractères sont si tranchés et la marche si bien définie, que M. Paul Dubois a pu, comme on le verra plus tard, décrire trois périodes bien distinctes.

A voir l'apparente bénignité de ce cas dans les premiers temps, on pourrait penser qu'il ne s'agissait pas d'une maladie grave ; mais la connaissance d'autres faits semblables ne permettait pas de se faire illusion; aussi, dès que nous avons vu la maladie résister pendant plusieurs semaines au traitement, et lorsque nous avons été convaincu qu'il n'y avait pas une grossesse que l'âge de la malade rendait douteuse, mais qui, néanmoins, n'était pas absolument impossible, avons-nous porté un pronostic très-grave, ainsi que MM. Louis et P. Dubois, qui avaient observé des faits du même genre.

La cause, ainsi que je l'ai dit plus haut, a été très-obscure dans ce cas. Les émotions morales éprouvées par la malade ont-elles été assez grandes pour prendre une part considérable au développement de la

maladie? c'est ce que nous ne saurions pas décider, l'interrogatoire, à cet égard, n'ayant pu être complet, et le degré d'action des causes morales ne pouvant être mesuré comme celui de beaucoup d'autres causes.

Dans le prochain numéro je continuerai l'histoire du vomissement nerveux, et particulièrement du vomissement nerveux survenu hors l'état de grossesse. VALLEIX.

QUELQUES MOTS SUR LE TRAITEMENT DE LA DYSSENTERIE, ET EN PARTICULIER SUR L'EMPLOI DE L'ACONIT NAPEL DANS CETTE MALADIE.

En thérapeutique, rien n'est souvent plus trompeur que les analogies tirées de la nature présumée ou probable de la maladie. Que l'on consulte la généralité des médecins sur la nature de la dyssenterie par exemple, et ils répondront, en se fondant tant sur les symptômes observés pendant la vie que sur les altérations pathologiques trouvées après la mort, que la dyssenterie est une inflammation et doit, comme telle, être combattue par des moyens analogues à ceux qu'on oppose aux autres phlegmasies, c'est-à-dire par le traitement antiphlogistique. Et cependant consultez les hommes qui ont été appelés à traiter la dyssenterie régnant sous forme épidémique, ou celle encore plus grave qui sévit dans les pays chauds, et tous répondront que les émissions sanguines, dans les cas graves, ne sont que d'un très-faible secours et présentent surtout l'inconvénient de rendre les convalescences longues et difficiles. C'est donc expérimentalement que les médecins ont été conduits à employer, dans le traitement de la dyssenterie, qui les vomitifs, qui les purgatifs, qui les opiacés; et c'est ainsi que l'expérience a conduit à reconnaître toute l'efficacité de l'ipécacuanha comme modificateur spécial de la sécrétion dyssentérique et des contractions spasmodiques de l'intestin, celle du calomel sur les phénomènes morbides plus spécialement localisés dans le duodénum et les organes de la sécrétion biliaire pancréatique, celle de l'opium contre l'éréthisme nerveux. Nous croyons utile de compléter ces données thérapeutiques en portant à la connaissance de nos lecteurs quelques expériences entreprises avec succès, au moyen de l'aconit napel, par un de nos chirurgiens de la marine les plus distingués, M. le docteur Marbot; expériences desquelles il semble résulter que l'aconit jouit d'une action élective sur les phénomènes inflammatoires des capillaires sanguins et de la membrane muqueuse.

Faisons d'abord connaître les circonstances spéciales qui ont conduit M. Marbot à essayer ce nouvel agent thérapeutique. Au mois d'octobre 1844, dix jours après que le *Crocodile*, dont M. Marbot était chirurgien-major, eut quitté la rade de Zanzibar, il éclata à bord une

épidémie de dyssenterie, qui dura deux mois environ et éprouva la totalité de l'équipage. Au début, l'état gastrique prédominait, et le succès vint couronner l'emploi de l'ipécacuanha et du sulfate de soude. Mais, lorsqu'en revenant d'Aden, le navire opéra son retour vers des zones plus chaudes, l'épidémie revêtit un caractère nouveau, le caractère inflammatoire. La fièvre était intense; le pouls concentré et dur, accéléré; la céphalalgie violente; la soif ardente; la bouche sèche, amère, quoique la langue fût large et point trop chargée; sensibilité de tout l'abdomen; coliques, ténesme, etc., et pulsations quelquefois extrêmement pénibles dans l'hypocondre droit. Bien qu'au début de cette nouvelle phase de l'épidémie ces symptômes inflammatoires ne fussent pas aussi intenses qu'ils le devinrent ensuite par ses progrès ultérieurs, M. Marbot échoua complétement dans ses tentatives pour continuer l'emploi de la médication vomi-purgative, et lorsqu'il croyait la convalescence arrivée chez quelques-uns de ses malades, il vit subvenir chez eux des douleurs hépatiques, avec le cortége fébrile que nous venons de retracer. Déjà il craignait d'en être réduit à l'emploi des saignées, dont il avait constaté si souvent l'insuffisance dans les pays chauds, lorsqu'en désespoir de cause il songea à l'aconit, dont il avait éprouvé les bons effets dans le rhumatisme articulaire aigu. L'effet dépassa son attente. La réaction inflammatoire tomba en moins d'un jour, et le sang disparut des selles en quelques heures.

A dater de ce moment, M. Marbot n'a plus hésité à employer l'aconit au début de la dyssenterie, quel que fût son caractère dominant. Jamais il ne lui a vu manquer son effet, à savoir, d'arrêter l'hémorrhagie et d'abattre l'état fébrile. Cet effet se faisait sentir généralement dans les quatre premières heures qui suivaient l'ingestion de la première dose. L'ardeur du ventre était diminuée, l'accès était moins douloureux, les selles plus faciles; la confiance rentrait dans l'esprit des malades, en même temps que le sang disparaissait des garderobes. Mais, chose remarquable, l'aconit n'a d'autre action sur les selles que d'y supprimer l'exhalation sanguine; celles-ci restent toujours muqueuses, glaireuses, etc., telles qu'elles étaient auparavant, et leur nombre même est loin d'être diminué dans la proportion que comportent les améliorations qui se passent d'un autre côté. Il semble que l'aconit n'ait qu'une action très-faible sur les contractions intestinales, tandis qu'il a surtout pour effet de permettre d'agir avec énergie contre la sécrétion morbide, en détruisant la réaction fébrile et la surexcitation dont les organes secréteurs sont le siége.

Pour obtenir ces effets remarquables, il n'est pas nécessaire de porter l'aconit à des doses élevées et toxiques. 5 ou 10 centigrammes d'extrait

d'aconit dans les vingt-quatre heures, délayés dans de l'eau pure de fontaine en quantité proportionnelle à la dose d'aconit, donnés par cuillerées à bouche à intervalle de une, deux ou trois heures, mais de manière à ce que la fraction du médicament administrée au malade reste toujours la même, suffisent largement à produire l'effet désiré. En quatre ou six heures, ordinairement, les garderobes ont déjà changé de nature; et dans les vingt-quatre heures la réaction fébrile tombe à son tour si elle ne l'avait fait déjà.

Les observations qui précèdent montrent qu'à lui seul l'aconit ne guérit pas la dyssenterie, au moins dans les pays chauds; mais il en modifie tellement la nature, qu'il la rend attaquable par des moyens à l'efficacité desquels elle se fût soustraite certainement avant cette heureuse modification. Aussi, lorsque par l'administration de l'aconit l'inflammation est abattue, il faut sans perdre de temps, dit M. Marbot, administrer l'ipécacuanha. On peut juger que celui-ci a produit un effet salutaire si les selles deviennent aqueuses et faciles. Lorsqu'on juge devoir revenir à une deuxième ou troisième dose de ce médicament, on fait bien de laisser un jour d'intervalle entre chaque dose. Cela est nécessaire pour que le malade se repose et pour qu'on puisse bien discerner les effets qui sont provoqués par le médicament de ceux qui sont propres à la maladie. Après que l'action de l'ipéca est épuisée, les selles reprennent une bonne consistance, et des aliments convenables en petite quantité sont tolérés. On peut alors aider avantageusement à la guérison, à l'aide des lavements amylacés et anodins. Dans la dyssenterie chronique, il faut recourir à l'ipécacuanha, de huit en huit jours au plus tard, et au laudanum simultanément.

Quant aux mercuriaux, ils doivent être employés à l'exclusion de l'ipécacuanha, toutes les fois qu'il y a hépatite ou simplement trouble des sécrétions biliaires et pancréatiques, et que les selles sont verdâtres, écumeuses ou opaques, c'est-à-dire comme mucoso-purulentes; car pour ce qui est des fausses membranes, autant ce phénomène est commun dans la période d'état ou de déclin de la maladie, c'est-à-dire du passage à l'état chronique, autant il est rare dans la période aiguë. L'ipéca en fait d'ailleurs bonne justice. Le calomel doit être administré seul, à doses purgatives de 1 à 1 gramme 1/2.

C'est surtout après l'action des substances précédentes que les opiacés sont profitables : administrés avant l'extinction de la phlegmasie, ils nuisent plus qu'ils ne servent, à moins toutefois que la phlegmasie ne soit extrêmement légère et limitée en étendue.

Le quinquina, si vanté comme antiseptique contre les selles putrides, trouve son application dans la dyssenterie des pays chauds, toutes les

fois qu'on peut craindre qu'elle ne serve de masque à la fièvre pernicieuse. Il suffit qu'on voie un symptôme quelconque se reproduire ou s'aggraver à certaines époques déterminées, avec un caractère de périodicité, pour que l'on se tienne pour averti, et qu'on ne craigne pas d'employer de fortes doses de quinine, sous peine de voir périr le malade.

Tels sont les résultats qu'a fournis à M. Marbot une expérience faite sur une grande échelle, et dans des pays où, comme chacun sait, la dyssenterie règne d'une manière constante et affecte un degré de gravité que l'on observe rarement dans nos climats. Ce que nous pouvons dire de plus favorable à la médication qu'il a employée, c'est que sur près de trois cents cas de dyssenterie, et dont plusieurs très-graves, il n'a eu à déplorer aucune perte. Plusieurs de ses malades ont eu des rechutes nombreuses ; il s'est même trouvé quelques hommes chez qui la maladie, guérie plusieurs fois, est enfin devenue rebelle, et chez lesquels il a fallu revenir souvent à la charge avec les évacuants et même les astringents ; mais il n'y a là rien de particulier à cette médication, et dans les pays chauds les rechutes sont malheureusement un fait très-commun, quelle que soit la médication employée.

En résumé, il ressort des observations de M. Marbot un fait des plus importants et qui, nous l'espérons, sera bientôt vérifié chez nous dans la même affection, et aussi dans les affections diarrhéiques, c'est que donné, dans la dyssenterie, à la dose de 5 à 10 centigrammes, l'extrait d'aconit produit des effets laxatifs, sans provoquer ni coliques, ni selles, sans envie de vomir, sans maux de tête, sans vertiges ni somnolence, sans accélérer la circulation, sans chaleur, sans transpiration, mais bien par son action hyposthénisante, et par son action élective sur la circulation capillaire de la muqueuse intestinale.

Depuis la publication du Mémoire de M. Marbot, nous avons fait quelques expériences qui, sans être tout à fait concluantes, nous permettent de penser que nos confrères pourront user avec avantage de l'extrait d'aconit à la dose indiquée dans ce travail, soit pour calmer les évacuations diarrhéiques et dyssentériques, soit pour faire tomber la réaction fébrile à la fin des phlegmasies. Nous croyons devoir ajouter qu'il y a entre l'extrait préparé avec l'aconit napel recueilli dans les Alpes, dont M. Lombard (de Genève) a obtenu de si bons effets, et l'extrait préparé avec l'aconit de nos jardins, une différence d'activité si notable, que nous voyons dans cette circonstance la principale cause des divergences d'opinions qui règnent encore aujourd'hui parmi les médecins relativement à la valeur réelle de cet agent thérapeutique. Enfin, la manière de préparer cet extrait, la manière

de le conserver même, influent également sur son action, comme l'a fort bien montré M. Soubeiran (*Bulletin de Thérapeutique*, tome V, p. 30), de sorte que si, dans les cas indiqués plus haut, l'extrait d'aconit ne réussissait pas en peu de temps, on pourrait peut-être lui substituer avec avantage la teinture, qui dissout mieux et conserve d'une manière permanente la partie active de cette plante.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'INFLUENCE DE LA SAIGNÉE ET D'UN RÉGIME DÉBILITANT SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT PENDANT LA VIE INTRA-UTÉRINE. — UTILITÉ DE CETTE MÉTHODE DANS CERTAINS VICES DE CONFORMATION DU BASSIN.

Par le docteur Depaul, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté, etc.

(Suite et fin (1).)

Il me semble, si je ne me fais illusion, que l'observation que j'ai rapportée ne laisse rien à désirer. Pendant les deux premières grossesses, aucune précaution n'ayant été prise, et la femme s'étant abondamment nourrie, l'expulsion spontanée d'un fœtus, qui avait pris un développement assez considérable, devint impossible ; l'art dut intervenir, et chaque fois la mort de l'enfant fut la conséquence de cette intervention, ou plutôt de la longueur insolite du travail. Dira-t-on que le résultat plus heureux, qui termina la quatrième grossesse, est un effet du hasard, et qu'il n'est pas besoin, pour l'expliquer, de remonter au traitement qui fut employé? Mais s'il était permis de raisonner ainsi, que deviendrait l'art d'observer en médecine? Est-il un seul fait de thérapeutique qui ne pût être contesté? Ainsi, par exemple, de ce que la pneumonie peut guérir sans secours, quelqu'un oserait-il soutenir que les émissions sanguines, à l'aide desquelles on combat le plus ordinairement cette affection, sont inefficaces et par conséquent inutiles? Je reconnais cependant que les deux termes de la comparaison ne sont pas parfaitement identiques ; l'expérience a été faite sur une vaste échelle pour cette dernière maladie comme pour beaucoup d'autres, tandis qu'elle est presque à son début pour la condition particulière qui fait l'objet de ce travail. Mais on aurait tort d'en conclure qu'il n'y a pas

(1) Voir la livraison du 15 juillet, page 19.

lieu d'expérimenter la nouvelle méthode dans les vices de conformation du bassin, d'autant mieux que tous ceux qui ont cru devoir l'écarter comme impuissante n'ont pas cherché à fonder leur manière de voir sur l'observation, et se sont contentés des résultats fournis par quelques faits, qui ne s'appliquaient que fort indirectement à la question. A leur tête se place Baudelocque, dont on s'est contenté de reproduire l'opinion, opinion qui ne s'appuie que sur un raisonnement facile à combattre et nullement sur une expérimentation directe.

Dans l'observation qu'on vient de lire, j'ai cru devoir faire marcher concurremment la saignée générale et le régime débilitant, et il est plus que probable que ces deux moyens ont eu leur part dans le résultat que j'ai obtenu. Le fait qui va suivre prouve cependant que cette double intervention n'est pas indispensable. Voici dans quelles circonstances il m'a été donné de le recueillir.

Obs. II. *Vice de conformation produit par le rachitisme. Deux accouchements laborieux (l'un ayant exigé la perforation du crâne). Troisième grossesse, pendant laquelle la femme est soumise au régime débilitant. Naissance à terme d'un enfant petit, mais qui a vécu.*

Le 20 du mois de décembre 1846, on vint, sur l'indication de M. P. Dubois, qui était malade, me réveiller à minuit, et me prier de me rendre en toute hâte auprès de Mme B., demeurant place des Victoires, pour l'assister dans un accouchement qu'on disait devoir être très-difficile. Lorsque j'arrivai, à minuit et demi, on me raconta que la grossesse n'était parvenue qu'à huit mois, et que le travail s'était déclaré à dix heures du soir, pendant que Mme B. était au spectacle; on m'apprit, en outre, qu'un vice de conformation du bassin existait, et qu'il avait été constaté par M. P. Dubois dans un accouchement précédent, où il avait dû recourir à la perforation du crâne. Une note écrite de sa main me fut remise, en même temps, où se trouvaient consignés les résultats de la mensuration du bassin. L'étendue du diamètre antéro-postérieur y était évaluée à 3 pouces, et, d'après les renseignements qui avaient été fournis par la malade, il avait été calculé que cette nouvelle grossesse serait arrivée à huit mois révolus le 20 décembre, précisément le jour où je fus appelé, et la veille de celui qui avait été fixé pour la provocation de l'accouchement.

Je crus que la nature, comme cela est déjà arrivé plusieurs fois en pareille circonstance, avait déjoué les projets de l'art; et, tout en m'en félicitant, je procédai à l'examen de Mme B.

Voici d'abord les renseignements qui me furent donnés. A un an, à l'occasion du sevrage, elle se *noua,* selon son expression, c'est-à-dire qu'on vit les articulations des membres inférieurs devenir volumineuses et les os des mêmes parties du squelette se dévier. Cette maladie du système osseux dura près de trois ans, et ce ne fut qu'à sa quatrième année qu'elle commença à marcher. Depuis cette époque, sa santé fut excellente. Cependant les règles ne s'établirent qu'à dix-sept ans et demi; mais elles continuèrent à se montrer régulièrement chaque mois, si ce n'est pendant les grossesses successives qui survinrent plus tard. Son père et sa mère vivent encore,

sont d'une taille élevée et bien portants ; ils ont eu dix enfants, dont elle est l'aînée, et elle est la seule qui ait été atteinte de rachitisme.

Je fus frappé, en l'examinant, de la petitesse de sa taille, qui était due surtout à la brièveté de ses membres inférieurs et à quelques incurvations que présentaient leurs os. Une dépression anormale existait en arrière de la colonne vertébrale dans le lieu où elle s'articule avec le sacrum. Dans tous les autres points, cette tige osseuse avait sa conformation ordinaire. Les os des membres supérieurs étaient droits, mais plus courts que d'habitude, et à extrémités renflées.

Le bassin tout entier avait subi l'influence de l'arrêt de développement qui accompagne presque constamment le rachitisme ; mais c'est au détroit supérieur qu'existait surtout le rétrécissement le plus considérable ; il était dû à la saillie exagérée de l'angle sacro-vertébral, et une mensuration exacte me fit reconnaître qu'en effet le diamètre antéro-postérieur de cette ouverture avait perdu un pouce (ou 26 millimètres).

Mme B. s'était mariée en mai 1842 ; elle devint bientôt enceinte, et le 21 juillet 1843, elle était parvenue à son terme, lorsque se déclara le travail de l'accouchement, à six heures du matin. A midi, la dilatation étant complète, la rupture des membranes s'opéra spontanément. Cependant la tête resta au-dessus du détroit supérieur ; et, après dix-huit heures de contractions énergiques et d'efforts impuissants, le confrère qui lui donnait des soins fit une application de forceps, et, avec d'assez grandes difficultés, il parvint à extraire un enfant du sexe féminin, d'un volume considérable, et qui ne donna aucun signe de vie. Il portait sur la région frontale une dépression énorme ; mais je n'ai pu savoir si les os étaient ou non fracturés. Les suites de couches furent naturelles.

Dans le courant de février 1845, une nouvelle grossesse était parvenue à son terme. Cinq heures après le début du travail, les membranes se déchirent, la dilatation étant complète. Peu de temps après, la tête ne s'engageant pas, on essaya du forceps. Six applications successives furent faites, et toutes restèrent sans résultat. Ce fut alors que le médecin ordinaire crut devoir demander les conseils de M. P. Dubois, qui, s'étant assuré de la mort de l'enfant et de l'obstacle qui s'opposait à sa naissance, pratiqua la perforation du crâne, et put ensuite terminer l'accouchement à l'aide du forceps ordinaire. C'était encore une fille, d'un très-gros volume. La malade se rétablit très-promptement.

Le 20 décembre 1846, lorsque je fus appelé pour le troisième accouchement, Mme B. se disait arrivée à la fin du huitième mois seulement. On verra plus tard qu'elle savait le contraire, et quels étaient les motifs qui l'avaient engagée à dissimuler la vérité. Quant à moi, je dus m'en rapporter aux renseignements qui m'étaient donnés, et me guider dans mon intervention sur les indications que fournissait l'état actuel.

Quoique le travail durât depuis deux heures et demie à peine, et que les membranes vinssent de se rompre au moment de mon arrivée, je trouvai la dilatation complète et le col utérin ainsi que la tête du fœtus retenus au niveau du détroit supérieur. Je pus en même temps consta-

ter qu'une complication fâcheuse était venue s'ajouter à ce que cet accouchement présentait déjà d'anormal; je veux parler d'une procidence du cordon, assez considérable pour qu'une anse s'avançât jusqu'à la vulve. En retirant mon doigt, je m'aperçus que du méconium s'écoulait, et l'auscultation me donna la certitude que la circulation fœtale avait déjà subi d'assez profondes modifications pour qu'il fût urgent de terminer l'accouchement. Les doubles battements étaient en effet plus faibles que d'habitude, parfois irréguliers, et déjà notablement ralentis, puisque je n'en pus constater que 110 par minute. Je fis immédiatement une application de forceps, et à l'aide de quelques tractions modérées faites sur la tête saisie au-dessus du détroit abdominal, la malade me secondant d'ailleurs par de violents efforts, je parvins sans peine à lui faire franchir l'obstacle. Un bruit particulier, une sorte de craquement se produisit; la tête fut entraînée jusqu'au détroit périnéal, et en quelques secondes elle eut franchi la vulve. L'enfant, du sexe masculin, demanda quelques soins ; mais il fût bientôt ranimé, et aujourd'hui, qu'il a plus de deux ans et demi, il est gros et fort, et rien en lui ne laisse soupçonner les conditions particulières dans lesquelles il est né. Il a été allaité par sa mère et entouré de tous les soins nécessaires. Je fus frappé du petit volume qu'il offrait au moment de sa naissance ; sa tête surtout était peu développée ; les os du crâne, plus minces que d'habitude, se laissaient enfoncer avec une grande facilité. Une dépression assez notable existait sur la région latérale gauche, un peu en avant de la bosse pariétale. C'était le point qui s'était trouvé en rapport avec l'angle sacro-vertébral, le sommet se présentant en position occipito-cotyloïdienne gauche. Le poids de cet enfant était de 2,600 grammes; sa longueur d'un peu moins de 47 cent. ; le diamètre bi-pariétal avait 8 cent. 3 millim.

Mme B. se rétablit très-promptement, sans éprouver le moindre accident.

Pendant plusieurs mois, trompé par le récit qui m'avait été fait, et qui s'accordait d'ailleurs si bien avec le résultat obtenu, je crus que le travail s'était spontanément déclaré au terme de huit mois.

Cependant, j'étais devenu le médecin de cette dame, et au bout de quelque temps, lorsqu'elle crut pouvoir m'accorder sa confiance tout entière, elle me déclara un jour que les renseignements qu'elle m'avait donnés, ainsi qu'à M. P. Dnbois, sur les dernières règles et sur l'époque probable du point de départ de la grossesse n'étaient pas exacts, et qu'elle avait volontairement altéré la vérité, n'osant pas avouer qu'elle avait eu recours à des moyens coupables pour provoquer un avortement au début de sa grossesse. Voici, en effet, comment les

choses s'étaient passées. Les règles avaient paru pour la dernière fois dans les premiers jours de mars, et avaient coulé comme d'habitude ; elles ne se montrèrent pas à l'époque suivante, et cette suppression, jointe à quelques troubles des fonctions digestives, ne laissa à Mme B. aucun doute sur l'existence d'une nouvelle grossesse. J'ai déjà dit qu'elle avait toujours été parfaitement réglée, et que chaque suppression avait été le signal d'une fécondation nouvelle.

Effrayée par le souvenir de ses deux premiers accouchements qui avaient eu une issue si fatale, elle ne pouvait se faire à l'idée de subir une troisième épreuve, et ce fut dans cette disposition d'esprit que, cédant à de mauvais conseils, elle fit de nombreuses tentatives pour provoquer un avortement. Les fumigations aromatiques dans le vagin avec la sabine, l'armoise, et la rue ; les tisanes faites avec les mêmes plantes furent employées pendant huit jours et ne produisirent qu'un petit suintement sanguin qui se manifesta le 13 avril et qui dura quelques heures seulement. Il est évident qu'on ne peut considérer cette apparition comme de véritables règles ; l'époque où elle s'est produite, la quantité de sang perdu, doivent faire éloigner cette idée. Il s'agit d'une petite perte qui s'est déclarée au début d'une grossesse, sous l'influence du traitement emménagogue qui avait été mis en usage.

Cette médication n'ayant pas eu le résultat désiré, mais ayant produit un dérangement profond dans les fonctions digestives, Mme B. comprit qu'il fallait se résigner ; mais elle chercha en même temps à se placer dans les conditions les plus favorables pour que son accouchement ne présentât pas les difficultés qui avaient signalé les deux premiers ; elle avait entendu parler de l'influence du régime débilitant sur le développement du fœtus, et elle résolut de s'y soumettre. Sa grossesse était parvenue à deux mois, lorsqu'elle commença à diminuer la quantité de ses aliments ; elle avait alors assez d'embonpoint et jouissait d'un excellent appétit. Voici ce qu'elle fit sans prendre conseil d'un homme de l'art, s'en rapportant à certaines recommandations qui lui furent faites par des personnes étrangères à la médecine. Je dois dire, d'ailleurs, que douée d'une rare énergie, et que poussant à l'extrême le désir d'avoir un enfant, elle était dans les meilleures conditions pour endurer sans se décourager toutes les angoisses que la faim devait lui procurer.

Le matin, elle mangeait une côtelette avec la moitié d'un petit pain de cinq centimes ; dans la soirée, elle prenait un bouillon seulement ; elle buvait très-rarement du vin, mais, en revanche, elle essayait d'étancher une soif vive qui s'était déclarée dès le début de ce régime affaiblissant,

en introduisant dans son estomac de l'eau pure en très-grande quantité. Cette diminution dans les aliments fut portée au degré que je viens d'indiquer dès le premier jour qui suivit sa résolution, et elle y persista, sans s'oublier un seul instant, jusqu'à la fin de sa grossesse.

Pendant les deux premiers mois, elle eut beaucoup à souffrir de douleurs épigastriques et d'un sentiment de faim extrême; elle sentit ses forces s'affaiblir, et elle devint incapable de faire une course un peu longue ou de se livrer à un exercice violent. Bientôt aussi son embonpoint diminua, et elle était devenue d'une maigreur remarquable lorsque le moment de son accouchement arriva. Cependant, le sentiment pénible qu'elle éprouva pendant les premières semaines diminua graduellement, elle finit par s'habituer à cette alimentation si restreinte qu'elle s'était imposée, et elle m'a déclaré que pendant les trois derniers mois elle n'en souffrait pour ainsi dire plus.

Peu de temps après son accouchement, une nourriture convenable lui étant rendue, on vit sa santé générale s'améliorer et son embonpoint revenir malgré les fatigues inséparables d'un allaitement. Et, aujourd'hui, après le succès qu'elle a obtenu, si Mme. B. redevenait enceinte, il serait difficile de lui proposer autre chose que le régime débilitant.

Cette seconde observation me paraît tout aussi concluante que la première, et, de plus, elle démontre qu'une diminution notable dans la quantité des aliments peut agir efficacement, à l'exclusion de la saignée. Cette dernière me paraît utile seulement à titre d'auxiliaire, et il n'est pas, ce me semble, difficile de comprendre pourquoi cette différence. Quand on cherche à modifier l'économie par la soustraction des aliments, c'est une influence continuelle, de tous les instants, qu'on exerce; et ce n'est pas seulement sur les liquides qu'on agit, on imprime aux solides eux-mêmes de profondes modifications. Les émissions sanguines, au contraire, employées dans des limites que la prudence ne permet pas de dépasser, ont une action instantanée, mais, en général, peu durable, car chacun sait avec quelle rapidité le sang se répare.

Les conclusions pratiques qui découlent naturellement de ce qui précède, c'est que tantôt on pourra se contenter de l'un de ces moyens, tantôt il deviendra nécessaire de les faire intervenir tous les deux, et cela dans une proportion variable, selon que le degré du rétrécissement sera plus ou moins considérable et qu'il faudra modérer davantage le développement du fœtus. Mais il me reste encore à déterminer avec précision à quels cas est applicable la méthode qui nous occupe; j'aurai ensuite à indiquer d'après quelles règles et avec quelles précautions elle doit être mise en usage.

Au point de vue de la mécanique, les difficultés que le fœtus peut éprouver dans son passage à travers le bassin se rapportent à des conditions différentes ; mais celles qui se lient à l'étroitesse du canal ou au volume insolite du corps qui doit le traverser, sont des plus importantes pour le praticien. Il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui, sans avoir un vice de conformation du bassin, ont déjà éprouvé, dans des accouchements antérieurs, des difficultés assez considérables pour qu'elles soient toujours accouchées d'enfants morts, et chez lesquelles ce résultat ne peut s'expliquer que par le volume exagéré de ces derniers. L'indication qui se présente ici tout naturellement à l'esprit ne peut être remplie que par l'accouchement prématuré artificiel, ou par la méthode qui a si complétement réussi dans les observations que je viens de faire connaître. La question se trouve donc tout entière dans la préférence qu'il convient d'accorder à l'un ou à l'autre de ces deux procédés. Sans prétendre établir entre eux un parallèle complet, il ne me sera pas difficile de faire comprendre que celui que je propose doit être accepté ; car le raisonnement indique qu'il doit entraîner moins de dangers pour la mère, et augmenter pour le fœtus les chances de vie ultérieure ; j'espère que les faits qui viendront s'ajouter avec le temps à ceux qui me sont propres les confirmeront plus tard.

Sans partager entièrement les craintes de quelques accoucheurs sur la dilatation mécanique de l'orifice ou sur la sollicitation des contractions utérines par quelque autre procédé, alors que cette portion de l'organe n'a pas encore subi les modifications qui s'y rencontrent au terme de la grossesse, je ne saurais admettre qu'on puisse comparer ce qui se passe alors avec ce qu'on observe quand, en vertu de certaines lois fixées par la nature, la propriété contractile de l'utérus se met spontanément en jeu. Mais c'est surtout pour l'enfant que les conditions me paraissent bien différentes. Dans ce dernier cas, tout est préparé pour que son expulsion se fasse dans un délai qui ne compromet pas, en général, son existence, quand toutes les autres conditions sont d'ailleurs favorables. En effet, au terme régulier de la grossesse, les résistances à vaincre sont aussi peu considérables que possible, et, de plus, la puissance principale de l'expulsion est arrivée à son degré le plus élevé. Cette circonstance, qui influe tout à la fois sur la santé de la mère et sur les chances de vie pour l'enfant, n'est pas la seule qui doive être prise en sérieuse considération. Peut-on admettre que le fœtus qui naît à sept mois et demi, huit mois, ou même à une époque plus rapprochée du terme de la gestation, soit aussi bien organisé pour résister aux nouvelles influences au milieu desquelles on le place prématurément, que celui qui a séjourné, pendant tout le temps fixé par la nature, dans la ca-

vité utérine? Quoique leur poids et leur volume soient les mêmes, croit-on que la maturité des organes soit une chose indifférente pour l'accomplissement des nouvelles fonctions qui leur sont dévolues? Les poumons, par exemple, dont l'intégrité d'action décide si souvent de l'avenir, seront-ils perméables au même degré? Quant à moi, je ne saurais l'admettre, et, tout en tenant compte du volume, je crois qu'il faut aussi faire la part des évolutions organiques qui sont indispensables pour l'accomplissement des fonctions qui caractérisent la vie extra-utérine. Je reconnais d'ailleurs qu'une semblable question ne peut être définitivement résolue que par des faits. Malheureusement, ils ne sont pas également nombreux de part et d'autre. Je rappellerai seulement ce que l'on sait aujourd'hui pour l'accouchement provoqué. Sur deux cent vingt-cinq cas relatés par M. Lacour, et qui se rapportent à des vices de conformation du bassin, on a constaté la naissance de soixante-treize enfants morts. D'après M. Stolz, la proportion serait encore plus considérable; car il suppose qu'on n'a pas tenu compte des décès qui ont eu lieu à une époque rapprochée de la naissance; et, d'après lui, on ne sauve qu'environ la moitié des enfants qu'on fait naître avant le terme.

Je crois en avoir suffisamment dit pour prouver que, dans la condition spéciale dans laquelle je me suis placé, la saignée et le régime débilitant doivent avoir la préférence; voyons maintenant s'il doit en être de même pour les cas où existe un vice de conformation, et précisons le degré de rétrécissement qui comporte l'emploi de cette méthode. Je crois pouvoir établir qu'elle est applicable dans la plupart des conditions pour lesquelles on a proposé l'accouchement prématuré artificiel. Je ne doute pas, par exemple, qu'elle n'ait un plein succès quand elle sera employée pour des bassins qui se trouveront avoir perdu depuis quelques millimètres jusqu'à près de trois centimètres. En serait-il de même si la limite du diamètre antéro-postérieur se trouvait entre sept et huit centimètres? Je n'oserais l'affirmer, et je serais même tenté de croire que non, en songeant au volume que présentaient encore les enfants dont accouchèrent les deux dames qui s'étaient si rigoureusement soumises à la méthode que je propose. Ce serait sans doute l'occasion de recourir à l'accouchement prématuré artificiel, en lui associant l'emploi des saignées et du régime débilitant, ce qui permettrait de laisser le fœtus un peu plus longtemps dans la cavité utérine et d'augmenter ainsi sa viabilité. Au reste, les indications relatives à cette association varieront selon le cas particulier qui se présentera; on comprend que la part qui devra être faite à chacune de ces méthodes sera en raison du rétrécissement plus ou moins considérable qui aura

été constaté ; on devra tenir compte également du volume qu'ont présenté les enfants dans des accouchements antérieurs.

Loin de moi d'ailleurs la pensée de vouloir qu'on accorde à la saignée et au régime une confiance aveugle. L'influence de ces moyens devra être surveillée à différentes époques de la grossesse. Une main exercée peut ordinairement apprécier avec assez de rigueur le volume du fœtus. Le développement de l'utérus, la quantité de liquide qu'il renferme, la mobilité de l'enfant, sont les principaux éléments à l'aide desquels ont peut résoudre le problème. Si, d'un examen plusieurs fois répété, résultait la conviction que le but qu'on s'était proposé n'a pas été atteint, on devrait recourir à l'accouchement prématuré. C'est ainsi que je me serais comporté dans le fait relatif à Mme G..., si, dans des examens successifs, je n'avais pu m'assurer du petit volume de l'enfant.

Mais ce n'est pas seulement pour les cas que je viens de rappeler que l'accouchement prématuré artificiel sera applicable. Les conseils du médecin ne sont souvent réclamés qu'à une époque déjà avancée de la gestation, alors qu'il n'est plus possible d'agir directement sur le fœtus. C'est ce qui arrive surtout pour les femmes qui en sont à leur première grossesse, et il en est souvent de même pour d'autres, qui, instruites par l'expérience, et même par les recommandations qu'on ne manque pas de leur faire, consultent cependant beaucoup trop tard pour qu'on puisse agir par le régime et la saignée. Trop souvent même elles attendent jusqu'à leur terme, ne laissant ainsi au chirurgien que le choix entre l'opération césarienne ou la mutilation de l'enfant. Si maintenant on ajoute aux indications que je viens de poser celles qui dépendent de conditions étrangères aux vices de conformation et qui peuvent réclamer l'accouchement prématuré, on verra que le domaine de cette opération est encore considérable. Mon but, d'ailleurs, je le répète, n'a pas été de faire son procès, personne plus que moi n'apprécie ses avantages; mais je reconnais aussi ses inconvénients, et je crois que la méthode que je cherche à faire prévaloir pour certains cas est loin d'en offrir de pareils.

Un point important me reste encore à examiner ; je veux parler de la manière de diriger le régime débilitant. On peut établir d'une manière générale que plus l'obstacle est considérable, que plus on a besoin de ne laisser prendre au fœtus qu'un développement très-modéré, plus il sera nécessaire de diminuer la quantité des aliments et de multiplier le nombre des saignées. Ainsi, quand le bassin a perdu de deux à trois centimètres, je pense que la méthode doit être appliquée dans toute sa rigueur, et je crois qu'on fera bien de faire ce qui m'a si bien réussi chez la dame qui fait le sujet de ma première observation. C'est vers

trois ou quatre mois qu'il faut commencer; avant cette époque, je crois qu'il serait inutile d'agir; le développement du fœtus marche lentement pendant les premiers mois, et d'ailleurs tout ce qui tend à modifier profondément l'organisation de la mère à cette époque compromet beaucoup plus facilement la grossesse. Je pense aussi qu'il y aurait utilité, quoique cela n'ait pas été fait dans les deux cas que j'ai rapportés, à diminuer progressivement la quantité des aliments. De cette façon, sans troubler trop brusquement l'économie et sans compromettre le produit de la conception, on arriverait bientôt au même résultat. On y trouverait encore l'avantage de laisser diminuer petit à petit la capacité de l'estomac, et d'émousser insensiblement le sentiment pénible de la faim. Ce dernier avantage, fût-il seul, mériterait qu'on le prît en sérieuse considération. Il faut être bien ferme dans ses résolutions, et avoir le sentiment de la maternité bien développé pour résister à ce besoin de tous les instants, besoin d'autant plus impérieux qu'il se fait sentir pendant la grossesse; mais, on le sait, c'est surtout quand les sentiments du cœur sont en jeu que le courage et la résignation des femmes n'ont plus de bornes.

Un résultat facile à prévoir s'est présenté dans les deux observations précédentes, c'est que les douleurs épigastriques, si vives dans les premiers temps, se sont graduellement apaisées, de telle sorte que, dans les deux ou trois derniers mois, c'était sans beaucoup de malaise, et par conséquent sans s'imposer de bien grandes privations, que les deux dames qui en font le sujet ont pu continuer le régime sévère qu'elles avaient commencé à une époque beaucoup moins avancée.

Je pense également que la qualité des aliments n'est pas une chose indifférente. Je ne doute pas qu'il ne faille s'abstenir, sinon totalement, au moins en grande partie, des viandes noires et fortement réparatrices. Les soupes maigres et les légumes doivent faire la base de l'alimentation. Il est difficile de dire avec précision jusqu'où doit aller la diminution quant à la quantité; on comprend que cela doit varier selon les habitudes et la constitution. Tout ce que je crois pouvoir établir de plus général, c'est qu'on peut aller jusqu'à retrancher les trois quarts de ce qui constituait l'alimentation ordinaire.

Quant à la saignée générale, on se guidera, pour la pratiquer plus ou moins souvent et pour la faire plus ou moins abondante, sur la constitution et sur l'état de la circulation. Elle sera d'autant plus utile qu'on la renouvellera surtout dans les deux ou trois derniers mois, c'est-à-dire à une époque où le fœtus se développe dans une proportion considérable. J'en ai fait pratiquer quatre chez Mme G.; mais

j'admets très-bien qu'il puisse devenir utile d'en pratiquer un plus grand nombre.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que si l'obstacle était moins considérable que celui que j'ai supposé, il conviendrait d'agir avec moins de rigueur, de commencer plus tard le traitement et d'augmenter la quantité des aliments en proportion du but qu'on a besoin d'atteindre. Il en serait de même pour les cas où, le bassin n'étant pas rétréci, on voudrait s'opposer à un développement excessif dont on serait autorisé à craindre les conséquences, par ce qu'on aurait été à même d'observer dans des accouchements précédents. Il est impossible d'ailleurs de tout prévoir, et ici, comme souvent, il faut beaucoup laisser à la prudence et à la sagacité du chirurgien. Je suis convaincu qu'en agissant avec intelligence, on aura rarement à se repentir d'avoir eu recours à cette méthode. Je me suis déjà expliqué sur son innocuité à l'égard de la santé future de la mère et de l'enfant. Mes observations et celles de M. le professeur Moreau prouvent également qu'elle n'a pas d'influence fâcheuse sur la marche de la grossesse.

De ce qui précède, je crois pouvoir conclure :

1° Que la saignée et le régime débilitant de la mère ont une influence incontestable sur le développement de l'enfant pendant la vie intra-utérine ;

2° Qu'on peut utilement tirer parti de cette méthode dans les vices de conformation du bassin, et la substituer, dans quelques circonstances, à l'accouchement prématuré artificiel ;

3° Qu'elle s'applique avec non moins d'avantage à des cas où, sans rétrécissement du canal, le volume exagéré du fœtus a déjà, dans des accouchements précédents, fait naître des difficultés qui lui ont coûté la vie ;

4° Que l'influence de la diminution des aliments, quand la femme s'y soumet rigoureusement et pendant un temps assez long, est bien plus puissante que celle des émissions sanguines, qu'on ne pourrait trop multiplier sans compromettre la grossesse ;

5° Que celles-ci cependant doivent être employées dans une sage mesure concurremment avec le régime débilitant, et qu'elles seront plus particulièrement utiles dans les derniers mois de la grossesse ;

6° Que cette méthode sagement employée n'a de conséquences fâcheuses ni sur la marche de la grossesse, ni pour la santé future des mères, ni pour celle des enfants ;

7° Qu'il est impossible de la formuler d'une manière rigoureuse, mais qu'elle doit subir des modifications selon les conditions dans lesquelles on se trouve, et selon le but qu'on se propose d'atteindre ;

8° Qu'enfin, pour qu'elle soit fructueuse, elle doit être mise en usage de bonne heure et continuer sans interruption jusqu'à la fin de la grossesse.

Docteur Depaul.

PHARMACIE ET CHIMIE.

COUP D'OEIL SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA MAGNÉSIE.

Par M. Dorvault (1).

La magnésie est un médicament chimique, non-seulement à cause de sa nature, de sa composition définie, mais aussi par son action thérapeutique ; elle n'est applicable qu'à des états morbides qui réclament, soit directement, soit indirectement, un modificateur chimique.

Les phénomènes physiologiques auxquels la magnésie donne lieu sont principaux et accessoires. Nous allons les examiner d'après cette graduation.

La magnésie n'a aucune action sur la peau ; cependant, amenée par la calcination, opérée dans de certaines conditions, à son summum de causticité, elle l'irrite, la crispe quelque peu, en s'emparant de son eau hygrométrique, mais sans aller jusqu'à la destruction des tissus.

Ingérée dans le canal alimentaire, la magnésie se salifie, en tout ou en partie, à la faveur des acides qu'elle rencontre dans les premières voies. Ingérée à petites doses, elle est complétement salifiée ; les sels formés sont absorbés par les chylifères, et, par suite, les liquides et les solides de l'économie se trouvent modifiés. A haute dose, ne trouvant pas dans la cavité gastrique assez d'acide pour se saturer, la magnésie n'est qu'en partie salifiée ; la partie salifiée elle-même, en raison de sa concentration, n'est que faiblement absorbée, tandis que la presque totalité du composé salin, et la magnésie non attaquée, parcourant le tube intestinal, l'irritent et déterminent un mouvement péristaltique accéléré, autrement dit la purgation.

Voici comment on peut comprendre l'effet absorbant et l'effet purgatif de la magnésie. On sait, et d'ailleurs nous venons de le faire pressentir, que le suc gastrique est acide ; on sait aussi, d'après les belles expériences de M. Dutrochet, que les membranes animales possèdent la propriété très-remarquable de ne pas se laisser pénétrer par les dissolutions salines, à moins que celles-ci ne soient à un certain degré de dilution,

(1) Ce travail est extrait de la Monographie chimique, médicale et pharmaceutique de la magnésie et de son citrate, que vient de couronner la Société de médecine de Toulouse.

propriété qui, disons-le en passant et d'une manière générale, s'oppose à l'introduction dans le sang de quantités trop considérables de sels minéraux, qui pourraient entraver l'acte respiratoire dans le poumon.

Il résulte de la première considération que la magnésie, administrée à faible dose, est entièrement salifiée ; et, de la seconde, que la petite quantité de sel produite est entièrement absorbée, entre dans la grande circulation, où elle subit de nouvelles métamorphoses au contact des matières salines du sang. Sous cette nouvelle condition, la magnésie est séparée du sang par les reins, et enfin expulsée de l'économie par les urines. *Dans ce cas, la magnésie agit comme antiacide seulement.*

A haute dose, une plus ou moins forte partie de magnésie, selon l'état d'acidité des premières voies ou l'idiosyncrasie chimique du sujet, sera salifiée ; mais, dans tous les cas, le sel produit formera avec les fluides en contact un soluté concentré. Dans l'état physiologique, la partie aqueuse inorganique des fluides humoraux possède à peu près la même densité, et se fait conséquemment équilibre dans les vaisseaux et viscères. Dans le cas présent, le liquide contenu dans le canal alimentaire étant devenu plus dense, l'équilibre physiologique est rompu. La couche du soluté salin, immédiatement en contact avec la muqueuse digestive, ne pouvant, en vertu de cette propriété que nous avons signalée plus haut, la pénétrer de prime saut, mais tendant à se mettre en équilibre avec le liquide qui se trouve dans les vaisseaux adjacents, s'empare d'abord de l'eau dont la muqueuse est imprégnée, puis sollicite le passage à travers les pores de la partie aqueuse du sang, de telle sorte qu'il en résulte un nouveau courant en sens inverse du premier. Mais ce double échange n'a pas lieu sans occasionner une irritation sur la membrane alimentaire et les cryptes muqueuses qui la recouvrent ; cette irritation détermine un afflux instantané de sérosité dans le tube intestinal, qui lui-même cause l'amincissement des fèces, et finalement le phénomène de la purgation.

C'est à cette hypersécrétion de sérosités, qui se continue longtemps après que le purgatif est expulsé par le rectum, qu'est due la soif qui accompagne et suit l'effet purgatif, et c'est à la portion du sel magnésien absorbée qu'est due la diurèse que le patient éprouve souvent à la suite de la purgation.

Ainsi donc, l'effet purgatif de la magnésie, comme celui des solutés salins, s'explique physiologiquement par un phénomène d'endosmose et d'exosmose, et par l'action irritante propre de ces solutés sur la muqueuse du canal alimentaire. Dans ce phénomène, la proportion du liquide salin absorbée, et qui entre dans la circulation sanguine, est

très-faible ; le reste continue son trajet par l'intestin, en l'irritant jusqu'à son expulsion par le rectum.

La preuve que l'effet cathartique par les purgatifs salins est bien dû à la concentration de leurs solutés, existe dans ce fait, que la même quantité de l'un de ces sels qui, en dissolution convenablement concentrée, purge avec certitude, très-diluée, est absorbée et ne purge pas.

Mais, dans l'ingestion à haute dose de la magnésie en particulier, il y a une double source d'effet purgatif. La première et la principale réside dans l'action du sel produit au contact des acides de la cavité stomacale, et qui vient de nous occuper ; la seconde appartient à la portion de la magnésie non salifiée, laquelle agit par une action irritante toute mécanique, toute de contact, comme purgent, en un mot, le charbon, le verre pilé.

Si c'est, en définitive, bien plus aux sels auxquels elle donne naissance qu'à elle-même que la magnésie doit sa propriété purgative, comme conséquence, c'est par elle-même qu'elle est antiacide.

Un de nos confrères, physiologiste distingué, n'explique pas l'effet purgatif de la magnésie et de ses composés salins d'une manière aussi simple que nous venons de le faire. A l'endosmose et à l'action irritante sur la muqueuse, il faudrait, suivant lui, ajouter encore une action par *sapidité*. Il se peut que les déductions que nous venons de présenter n'expliquent pas tout, soient peut-être même erronées sur quelques points : la nature nous cache tant de choses ! mais l'action purgative par sapidité nous paraît ici bien hypothétique. Ne sait-on pas, en effet, que les sels non sapides de magnésie (citrate, tartrate) purgent comme ceux qui sont sapides (sulfate, chlorure) ? Puis, la sapidité doit-elle s'entendre d'une faculté sensoriale, placée ou s'étendant au delà des papilles du goût ? Si l'on nous répond *non*, nous dirons alors que doublement on ne peut admettre cette action purgative par sapidité, puisqu'il suffira de porter les uns et les autres sels jusque dans l'estomac et même au delà, à l'aide d'une capsule gélatineuse, pour obtenir l'effet péristaltique. Ajoutons que, même avec les prétendus purgatifs par sapidité purs, c'est-à-dire ceux dont ce physiologiste n'a pu expliquer l'action purgative autrement que par la sapidité seule, administrés de même, donneront les mêmes résultats. Mais ne trouvons-nous pas la meilleure preuve de l'inanité de cette opinion dans la magnésie elle-même, dont l'action purgative est due surtout, nous l'avons déjà dit, aux sels auxquels elle donne naissance dans la cavité stomacale, c'est-à-dire au delà de l'organe de la gustation ?

Qu'un effet purgatif soit produit par la saveur d'une substance, nous l'admettons très-bien ; mais c'est là une propriété sympathique ou idio-

syncrasique accidentelle que nous mettons au rang de la purgation produite par des odeurs, par la frayeur, par un refroidissement subit de la plante des pieds, etc.

Un premier effet de la magnésie est celui qu'elle produit lors de son contact avec la muqueuse buccale. Cet effet consiste dans la décomposition partielle des composés ammoniacaux qui existent dans les liquides de la bouche, décomposition d'où résulte un dégagement d'ammoniaque. C'est ce qui explique la saveur âcre et alcaline de la magnésie, surtout de celle nouvellement calcinée; car la magnésie hydratée ne produit presque pas cet effet, aussi n'a-t-elle que peu de saveur. Ce dégagement d'ammoniaque serait bien plus patent, il serait en un mot ce qu'il est avec les alcalis proprement dits, si la magnésie n'avait pas, ainsi que nous l'avons fait remarquer ailleurs, une grande tendance à former des sels doubles ammoniaco-magnésiens.

La magnésie calcinée produit, en outre, comme l'ont déjà fait remarquer les auteurs, un pincement sur la muqueuse, fort désagréable pour quelques personnes. Cet effet tient à ce que, très-avide d'eau, elle s'empare brusquement de celle qui imprègne les tissus avec lesquels on la met en contat. Elle les happe, les dessèche et les mastique en quelque sorte; de là, la soif plus ou moins ardente, les ardeurs gastriques que les malades éprouvent quelquefois à la suite de son ingestion, et qu'ils n'étanchent qu'à l'aide de beaucoup d'eau; de là encore les phlegmasies qui peuvent résulter d'un long usage d'une semblable magnésie. La magnésie hydratée et la magnésie gélatineuse sont à peu près complétement exemptes de ces inconvénients.

La partie de la magnésie salifiée, puis absorbée, passe, avons-nous dit, dans le torrent circulatoire, est séparée par les reins, puis expulsée de l'économie par les urines. Aucune parcelle, en effet, ne semble être éliminée par la sueur, à la manière du soufre, de l'iode, etc. Il est facile d'en constater la présence dans les urines. Il suffit en effet de faire évaporer les urines à siccité, puis de calciner le résidu pour décomposer les sels ammoniaco-magnésiens qu'elles contiennent, pour retrouver la magnésie absorbée. Mais comme l'urine normale contient de la magnésie, il est évident que, pour obtenir un résultat concluant, il faut s'assurer, avant l'expérience, de la proportion de cette base, contenue dans l'urine normale du sujet.

La partie de la magnésie non absorbée, salifiée ou non, arrive dans les selles, en grande partie, à l'état de carbonate; il suffit, pour s'en assurer, de verser de l'acide sulfurique dilué sur les fèces; on obtient une effervescence très-vive et un dégagement d'acide carbonique mêlé d'hydrogène sulfuré. Pour expliquer cette transformation au sein de nos

cavités splanchniques, il faut supposer que la magnésie non salifiée, dont nous nous occuperons d'abord, se sera carbonatée aux dépens de l'acide carbonique libre et de l'acide carbonique des carbonates alcalins qui existent dans le liquide du tube intestinal. Quant à la carbonétisation de la magnésie salifiée non absorbée, il faut supposer aussi que les composés formés d'abord dans l'estomac (lactate surtout), sont eux-mêmes décomposés presque aussitôt et transformés en carbonates par les mêmes agents. Mais la totalité cependant ne subit pas cette transformation; car si l'on sépare la partie séreuse des fèces de la partie solide, puis qu'on évapore celle-là et que l'on calcine le résidu, on obtient un produit ultime composé en grande partie de magnésie.

Cette transformation, d'ailleurs, peut varier beaucoup selon l'état chimique des liquides du tube digestif. Dans l'état physiologique, en effet, l'estomac a seul une réaction acide; la partie inférieure du tube digestif à partir du pylore a au contraire une réaction alcaline. Mais le suc stomacal peut être plus ou moins acide, selon l'état pathologique et même selon les particularités physiologiques individuelles, particularités qui constituent ce que l'on peut appeler des idiosyncrasies chimiques; puis dans certaines affections, celles justement qui réclament l'usage de la magnésie, les fluides intestinaux réagissent eux-mêmes vers l'acide. On voit donc de suite, en prenant ces faits en considération, que si dans les cas ordinaires la plus grande partie des sels magnésiens produits dans l'estomac arrive dans les fèces à l'état de carbonate, dans d'autres, moins fréquents, c'est l'inverse qui aura lieu. C'est ce qui explique pourquoi, à proportions égales de magnésie, on obtient à petite dose, dans quelques maladies, tantôt un simple effet antiacide, tantôt un effet laxatif manifeste; à hautes doses, des selles séreuses et des selles puréiformes.

Mais, comme nous l'avons fait pressentir, les selles séreuses sont l'exception, et les selles puréiformes ou pultacées la règle. C'est même là un caractère spécial des selles produites par la magnésie, que cette consistance de pulpe molle, plus une teinte blanchâtre. C'est à cet ensemble de caractères qu'elles doivent d'être désignées par les praticiens anglais sous le nom de *féculentes.*

Il découle de ces données que les praticiens peuvent trouver dans le plus ou moins de consistance ou de blancheur des selles produites sous l'influence de la magnésie, de précieuses indications, une pierre de touche sur l'état chimique des fluides humoraux.

Une autre remarque à faire, c'est que les matières fécales magnésiennes sont presque sans odeur. Cela tient encore à la propriété qu'a la magnésie de former avec facilité des sels ammoniaco-magnésiens, et, en outre, de saturer l'hydrogène sulfuré.

La portion de magnésie salifiée et absorbée subit dans la circulation sanguine à peu près les mêmes transformations que dans l'intestin, mais par une réaction plus complexe. Voici comment MM. Wohler et Liébig expliquent la transformation au sein de l'organisme des citrates, tartrates et acétates neutres à base alcaline, explication parfaitement applicable au cas qui nous occupe. « Ces composés s'altèrent dans leur passage à travers les organes; leurs bases, il est vrai, se retrouvent dans l'urine, mais les acides ont complétement disparu et sont remplacés par de l'acide carbonique.

« Il ressort de la transformation des sels végétaux à base d'alcali en carbonates alcalins, qu'une grande quantité d'oxygène s'est ajoutée à leurs éléments; car pour convertir, par exemple, l'équivalent d'acétate de potasse en carbonate, il faut le concours de huit équivalents d'oxygène. Suivant qu'il se produit alors un sel neutre ou un sel acide, deux ou quatre équivalents d'oxygène restent en combinaison avec la base, tandis que les six ou les quatre autres équivalents se dégagent à l'état d'acide carbonique.

« Or, aucun indice, dans le corps vivant auquel ont été administrés des sels de cette espèce, ne peut nous faire croire qu'une de ses parties essentielles ait fourni la grande quantité d'oxygène nécessaire à leur métamorphose, et il ne nous reste qu'à attribuer cette oxydation à l'oxygène de l'air.

« En traversant le poumon, les acides de ces sels prennent part à l'acte de combinaison qui s'accomplit dans cet organe; une certaine quantité d'oxygène absorbé s'unit à leurs éléments en transformant l'hydrogène en eau et le carbone en acide carbonique. Ce dernier reste en partie (un ou deux équivalents) en combinaison avec la base, et produit ainsi un sel qui n'éprouve plus aucune altération de la part des actions oxygénantes.

« Il est évident que la présence de ces sels organiques dans le sang doit amener un changement dans l'acte respiratoire; car, sans eux, l'oxygène absorbé par l'inspiration se mêlerait, comme à l'ordinaire, aux principes du sang, tandis que réellement une partie d ce gaz, au lieu de passer dans le sang, s'unit aux parties constituantes de ces sels; or, la conséquence immédiate de cette réaction est de diminuer la production du sang artériel, ou, en d'autres termes, de ralentir les mouvements respiratoires. »

Y a-t-il réellement modification dans la production de l'hématose, ralentissement dans les mouvements respiratoires, comme le veulent ces chimistes? C'est ce que nous ne pourrions affirmer; nous nous bornons à admettre le fait de la transformation, parce que nous l'avons constaté.

« Ce n'est que longtemps après l'ingestion de la magnésie, que l'action purgative commence. Il est fort rare qu'elle agisse avant six heures ; il est, au contraire, fort ordinaire de la voir ne manifester son action qu'après seize, vingt, vingt-quatre et même trente-six heures. Il est assez remarquable que l'effet purgatif se prolonge plus longtemps que pour des évacuations en apparence plus énergiques. (Trousseau et Pidoux.) »

Nos expériences confirment cette remarque. Mais la lenteur avec laquelle l'action purgative de la magnésie se produit, n'a rien qui doive surprendre. Elle trouve son explication naturelle dans ce fait sur lequel nous avons déjà beaucoup insisté, savoir, que la magnésie purge surtout en raison de la proportion salifiée. Or, l'économie ne contenant qu'une proportion bornée d'acide, ne peut salifier à la fois qu'une quantité également bornée de magnésie. Il s'ensuit que l'action se prolonge, et cela d'autant plus, que l'acidité naturelle ou morbide est plus lente à se produire. Comme conséquence de cette lenteur, il peut arriver quelquefois que la magnésie salifiée soit à mesure absorbée et que l'effet purgatif manque. Il découle en outre de ce fait que la magnésie, base type des sels purgatifs, peut elle-même, rarement il est vrai, manquer son effet.

La magnésie peut produire, depuis le relâchement intestinal le plus léger, jusqu'à l'effet cathartique le plus marqué, sans cependant atteindre jamais, à quelque dose que ce soit, aux effets des purgatifs drastiques.

Il serait difficile de reconnaître qu'elle produise sa secousse purgative sur un point du tube intestinal plutôt que sur un autre. On doit considérer cette action comme se produisant sur toute la longueur de cet organe.

Cette action purgative de la magnésie est généralement douce, n'est point accompagnée de cet éréthisme nerveux, ni suivie de cette prostration générale des forces que l'on observe sous l'influence de beaucoup d'autres purgatifs. Aussi, sous ce rapport, la magnésie ne doit-elle pas être considérée comme offrant un moyen puissant de dérivation ; ce sont d'autres indications qu'il lui faut.

La magnésie ne paraît être ni fluidifiante ni coagulante des éléments protéiques de l'organisme ; elle serait donc neutre à ce point de vue.

DORVAULT.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires d'un vieux médecin, ou *Épisodes de la carrière médicale,* par le docteur Harisson, traduit de l'anglais sur la dernière édition. 2 vol. in-18. (Chez Germer-Baillière.)

On doit toujours s'étonner de voir combien les gens du monde ignorent ce que c'est que la médecine; combien peu ils savent que cette science est l'étude de l'homme dans sa plus grande extension, autrement dit, l'étude de l'homme physique, de l'homme moral et social. Une de leurs premières erreurs est de s'imaginer que l'unique objet de notre art est de guérir les maladies, de rendre la santé, ou tout au moins de calmer des douleurs. C'est là, en effet, une de ses plus nobles attributions, mais ce n'est pas la seule. Il y a l'homme-individu, il y a l'homme-espèce; or, ce dernier constituant la société, quoique plein de vie et de santé, n'en est pas moins sous la garde, sous la protection tutélaire de la médecine *préventive* par opposition à la médecine *curative*; de là ce magnifique ensemble d'hygiène individuelle, puis d'hygiène publique, de police des villes, dont les principes sont applicables à chaque homme en particulier, et à cet être COLLECTIF, connu sous le nom d'état social.

Une autre erreur non moins évidente des gens du monde est de s'imaginer que l'organisme matériel, que le corps seul, en un mot, est du domaine de la médecine. Est-ce donc là connaître l'homme comme il doit l'être pour le guérir, pour maintenir sa santé ou prolonger sa vie? Non sans doute. Que ce serait un médecin bien peu digne de son nom, celui dont les vues ne s'étendraient pas jusqu'à connaître, au moins sous certains rapports, le moral, les sentiments de l'homme se confiant à ses soins; qui n'aurait jamais compris la funeste influence des passions sur le corps humain, les ravages que peut produire une idée dans notre économie!

Selon un homme d'esprit, ces sont les *robes noires* qui gouvernent les hommes, le monde entier est devenu leur proie. Ces robes noires, désignant évidemment le prêtre, l'avocat et le médecin, ont, en effet, une étonnante influence, cachée ou apparente, sur les hommes réunis en société. Voulez-vous en savoir la cause? C'est qu'il est donné à ces professions de connaître à fond cette comédie humaine *à cent actes divers,* de juger l'homme *intus et in cute,* de le voir ce qu'il est et ce qu'il sera probablement toujours, un être faible, sensible, aveugle, mort, livré à ses intérêts vrais ou faux, à ses passions, et qui en recueille souvent les fruits les plus amers. J'ai dit ailleurs, et crois l'avoir prouvé,

que les quatre cinquièmes des hommes mouraient de chagrin (1); rien n'est plus facile à concevoir, puisqu'il est peu de maladies, dans notre état actuel de civilisation, qui ne soit le contre-coup d'une vive affection morale et plus ou moins prolongée. Or, qui a pu contempler de près, qui a pu juger plus souvent les terribles résultats de ces affections que les robes noires dont il a été question? Toutefois, l'avocat n'a de rapports avec les hommes que dans la plénitude de leur vie et dans certaines circonstances; mais le prêtre et le médecin reçoivent l'homme à son entrée dans la vie; ils l'accompagnent, lui servent de guide sur la route du temps, et ne le quittent que lorsqu'ils l'ont déposé sur le seuil de l'éternité. Aussi le connaissent-ils dans tout ce qu'il est et ce qu'il peut être. En général, on peint le héros, le magistrat, le poëte, l'artiste, le ministre, enfin le personnage; mais l'époux, le fils, le père, l'ami, en un mot l'homme moral, aux prises avec la douleur, la maladie, en lutte perpétuelle avec la nature ou la société, on ne les connaît bien que quand on se consacre à l'un ou à l'autre de ces deux sacerdoces, du prêtre ou du médecin. Quoi que fassent les plus célèbres romanciers, ils ne révéleront jamais la vingtième partie de ce qui fermente et s'agite au fond du cœur humain; il y a des profondeurs et des replis où leur vue ne pénètre point. Souvenez-vous d'ailleurs que chaque existence humaine a son ver rongeur, sa plaie cachée, son mystère de douleur. « Si nous connaissions, dit Massillon, le fond et l'intérieur du monde, si nous pouvions entrer dans le détail secret de ses soucis et de ses noires inquiétudes, si nous pouvions percer cette première écorce qui n'offre aux yeux que plaisirs, que pompe et magnificence, que nous le trouverions différent de ce qu'il paraît ! » Eh bien! cette première écorce est souvent mise à jour par le médecin qui a su voir, comprendre par lui-même et par les révélations qu'on lui fait. Mûr de bonne heure par ses études, son expérience et sa prudence, il a plus que personne ce tact exquis de jugement et de pénétration, cette charité vive, cette âme pleine de commisération et de bienveillance, qui connaît tout, couvre tout du manteau de l'indulgence et d'un inviolable secret.

On blâme souvent les médecins de faire une trop grande part au corps, à l'organisation : mais, outre que ce reproche est en général mal fondé, comment ne voit-on pas que c'est précisément par l'étude des organes qu'ils acquièrent cette connaissance physiologico-morale qui donne celle de l'homme, soit comme individu, soit comme partie du corps social? car les hommes sont dans l'homme et s'expliquent par

(1) *Etudes de l'homme dans l'état de santé et dans l'état de maladie*, 2e volume; *Essai de médecine morale.*

lui. Puiser dans l'expérience phénoménale la certitude relative, la seule possible, sans prétendre s'élever aux causes que le célèbre Euler appelle le *pourquoi du pourquoi,* tel est le but de nos études. Une crédule et jactancieuse métaphysique peut se renfermer dans de ténébreuses abstractions, essayer de placer la vérité sur un trône de nuages en se contentant du vague et de l'insubstantiel; mais peut-elle espérer de connaître ainsi l'homme dans son entier? Cela n'est pas plus possible que de prétendre deviner un mécanisme par ses effets, sans en avoir vu, étudié les ressorts, sans en avoir apprécié la force, l'ensemble et l'harmonie. Quand un ancien dit : *animus noster, modo rex est, modo servus,* un physiologiste en conçoit aussitôt la raison. Accordons, en effet, que le corps soit uniquement la *chose* de l'homme; mais cette chose influe plus qu'on ne croit sur la volonté, sur les déterminations du jugement et les actes de la vie. Que voulez-vous? l'homme est tel que Dieu l'a fait, un composé d'esprit, de chair et d'os; il n'est *ni ange ni bête,* comme l'a dit Pascal. Il en résulte pour le vrai médecin une complète égalité des hommes; pour lui il n'y a ni rangs, ni dignités, ni fortunes, il n'y a que des êtres souffrants; et, en vérité, les existences les plus diverses en apparence se ressemblent toutes au fond; le trait de ressemblance, c'est la maladie, c'est la douleur : les événements extérieurs ne sont que l'écorce de la destinée.

Ainsi le médecin qui a vécu, dont l'intelligence et le talent d'observation se sont exercés, peut faire une ample moisson d'observations fines, justes, profondes, variées sur la nature humaine; pénétrant d'ailleurs dans les intimités de la vie sociale, admis dans l'intérieur des familles, il peut y contempler une foule de scènes pleines d'angoisses, de désespoir, produites par la douleur, par la maladie ou la mort qui s'approche. Nul ne connaît mieux que lui ces calices d'amertume bus goutte à goutte et dans le silence, les plaintes qu'il faut étouffer, les larmes à dévorer; puis ces vertus obscures, ces dévouements, ces sacrifices de la *piété domestique,* que le monde ignorera à jamais.

« Tous les cœurs sont cachés, tout homme est un abîme. »

Rien de plus vrai à parler en général, mais pour le médecin éclairé, judicieux, il y a des exceptions infinies. La douleur, cette grande révélatrice de la nature humaine, met souvent en dehors les caractères les plus dissimulés, les sentiments qu'on voudrait le plus déguiser; plaies secrètes, profondes, quelquefois mortelles, souvent recouvertes de sourire, de tranquillité, d'orgueil et de mensonge. Il y a tant de choses qui ne se disent pas, mais que décèlent le son de voix, l'accent, le regard, le geste, et les innombrables nuances de la physionomie!

D'ailleurs, l'expérience démontre que le prêtre lui-même n'exerce son ministère que dans certaines circonstances de la vie. Au contraire, l'être humain appartient pour ainsi dire au médecin depuis sa naissance jusqu'à sa mort, du berceau à la tombe ; parce que la souffrance semble être notre éternelle compagne. Qui a plus besoin de lui que l'enfant qu'il reçoit à l'instant même de sa naissance ? Les maladies ne l'assiégent-elles pas de toutes parts ? Le jeune homme si fortement en possession de la vie, n'est-il pas exposé à une foule de maux, précisément à cause de ce haut degré de vitalité dont il est si fier ? L'homme fait ne peut s'avancer dans son orageuse carrière sans invoquer notre secours ; sa susceptibilité morbide est d'autant plus grande, que la vie s'exerce chez lui dans un cercle plus étendu. Quant à l'individu d'un âge avancé, sommé par la vieillesse de renoncer aux plaisirs, à l'ambition, à toute action énergique, il ne trouve un tutélaire abri que dans les principes d'une hygiène bien établie et strictement observée. Enfin, la mort a frappé sa victime; la médecine est-elle désormais inutile ? Non sans doute; jusqu'à ce que le cadavre soit devenu « ce qui n'a plus de nom dans aucune langue, » et elle s'en empare souvent, elle l'examine, elle l'interroge pour y découvrir les secrets de la vie, le siége des maladies ; elle veille même sur sa décomposition, sur le lieu où on le dépose dans l'intérêt de la santé de ceux qui vivent.

Remarquons, en outre, que l'intervention des médecins sur les hommes en particulier a lieu sur une immense classe d'individus. Si le médecin jouit d'une certaine réputation, il peut parcourir, dans *le même jour*, tous les degrés de l'échelle sociale. A peu d'heures d'intervalle, il lui est donné de contempler la terrible lutte de la pauvreté laborieuse contre la maladie et des nécessités sans cesse renaissantes ; de voir combien il y a de douleurs, de privations, de misères à la base de la société ; combien aussi éprouvent de chagrins, d'infirmités, ceux qui, placés au sommet, ne savent que faire de leur temps, de leur argent, de leur santé, condamnés qu'ils sont depuis longtemps à une vie insupportable d'excès, de satiété et d'ennui.

Si l'on veut des preuves nouvelles et péremptoires de ce qui vient d'être dit précédemment, on n'a qu'à lire l'ouvrage, objet de cet article, et qui n'est nullement susceptible d'analyse ; il ne faut pas croire, d'ailleurs, d'après le titre, qu'il s'agit ici de l'histoire des événements de la vie d'un médecin ; nullement. A l'exception du commencement, intitulé : *Pénibles débuts,* tout le reste consiste dans des histoires, des anecdotes étendues, des narrations sur ce qu'a vu et observé, parmi les personnes confiées à ses soins, un médecin vieilli dans sa profession, instruit, doué d'un grand discernement. Presque tout ce qu'il

raconte est d'une lecture singulièrement attachante ; il y a des scènes de l'intérêt le plus vif, le plus saisissant ; c'est bien là le côté vivant des mœurs, au point de vue médical ; la nature humaine mise à nu, la réalité dans tout ce qu'elle a de repoussant, de hideux, de noble et de sublime. Du reste, le médecin ne s'y montre jamais qu'avec le philosophe et l'honnête homme. On y remarque aussi une foule de traits qui ont un rapport très-direct avec notre profession (1). Que le nom de l'auteur soit un pseudonyme, ou que ce soit le véritable, il n'en est pas moins un observateur profond, un très-habile peintre des douleurs physiques et morales de notre pauvre espèce. C'est aussi dans un pareil livre, pour le dire en passant, qu'on aperçoit avec le plus d'évidence ce qui manque à l'ordre social; c'est-à-dire, aux classes élevées, ce qu'il leur faut encore de charité, d'amour de leurs semblables indigents, et de savoir dans l'art de faire le bien ; à cette masse pauvre et souffrante, première assise de la société, ce qu'elle doit gagner en instruction, en lumières et en moralité. La lecture d'un pareil livre est non-seulement utile aux médecins, mais encore au philosophe, à l'homme d'Etat, au moraliste, à l'artiste, en un mot à tous ceux qui font une étude exacte, réelle, approfondie de cet être mystérieux, de ce composé de souffrances, de joies, d'affections vives et d'amertume, qu'on appelle le cœur humain. R. P.

BULLETIN DES HOPITAUX.

La suette et le choléra. — En suivant dans l'histoire des âges la marche des grandes épidémies, on ne tarde pas à saisir deux faits importants : le premier, que les épidémies se succèdent et se remplacent mutuellement ; qu'elles disparaissent pendant des siècles pour reparaître ensuite avec une nouvelle intensité ; nous en donnerons pour preuve ce qui s'est passé pour le choléra qui, sous le nom de *trousse-galant* et de *peste noire*, a fait tant de victimes au moyen âge, et qui n'a plus reparu qu'au dix-neuvième siècle ; pour la suette miliaire qui, après avoir affecté un très-haut degré de gravité au quinzième et au seizième siècle, ne se retrouve plus que très-modifiée au dix-huitième et

(1) En voici un exemple : « il est réellement très-difficile, dit l'auteur, de refuser le prix d'une visite de quelqu'un qu'on sait n'être pas en état de le payer, sans lui imposer le poids d'une obligation, blesser sa délicatesse ou offenser un honorable orgueil. Quelques jours seulement auparavant, j'avais presque demandé mes honoraires à un homme qui avait plusieurs mille livres sterling de rentes, et qui laissa tomber une guinée dans ma main, comme si c'était le sang de ses veines ! »

au dix-neuvième. Le second de ces faits, non moins intéressant, c'est que les épidémies peuvent, en régnant à la même époque et dans les mêmes pays, se modifier mutuellement et changer leurs conditions de gravité.

Il se passe en ce moment, dans quelques localités de la France, quelque chose d'analogue, que nous devons ne pas laisser inaperçu; et puisque, dans notre dernier *Bulletin des hôpitaux*, nous avons abordé la question des prodromes du choléra, nous croyons le moment opportun de signaler la coexistence de la suette miliaire et du choléra, et les modifications que peut apporter au traitement la présence simultanée de ces deux maladies.

Dans les localités où ces deux maladies ont été observées simultanément, on a signalé deux modes particuliers de fusion de ces deux affections.

Tantôt, au milieu de la santé la plus parfaite, on voit survenir tout à coup une diarrhée assez intense; les matières rendues prennent même, dans un assez grand nombre de cas, l'aspect blanchâtre des évacuations cholériques; puis surviennent des nausées, et fort souvent des vomissements. Un sentiment de constriction très-douloureux se fait ordinairement sentir à l'épigastre, ou bien précède, dans certains cas, tous les autres symptômes. Chez quelques malades, des crampes assez vives se déclarent dans les membres inférieurs. A cette première période, qui semble annoncer le choléra, succèdent des sueurs abondantes. Le malade mouille, dans l'espace d'une seule journée, douze ou quinze chemises. Les urines, jusque-là suspendues ou peu abondantes, commencent à être rendues par le malade. Elles présentent ceci de remarquable, qu'elles ont une odeur essentiellement ammoniacale et une couleur sanguinolente très-prononcée. Le pouls, qui, au début de cette affection, se ralentit et devient facile à déprimer, se relève alors et reprend son état normal. Les malades commencent à se plaindre de violents picotements par tout le corps. Une éruption miliaire ne tarde pas à se manifester, d'abord à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, puis sur les membres thoraciques, et, à partir de ce moment, la convalescence commence. Chez presque tous les malades, même chez ceux dont l'affection n'a duré qu'un septénaire, on observe une excessive faiblesse dans la convalescence.

Tantôt, après des prodromes d'une durée variable, consistant en un affaissement, un accablement général avec perte d'appétit, fourmillement et faiblesse dans les membres, des sueurs abondantes et fétides paraissent sur tout le corps, et, à la suite, se montrent les vésicules caractéristiques de la miliaire. Six jours après, du neuvième au douzième

de l'invasion, la langue se dépouille, et il survient une ou plusieurs évacuations alvines liquides, grisâtres ou rougeâtres.

Jusque-là, la suette a subi l'influence de la grande épidémie régnante, mais le choléra n'existe pas à proprement parler. C'est à la fin de la suette que l'on peut voir survenir cette dernière maladie. Les auteurs qui ont observé cette complication, M. Perdrigeon à Villejuif, M. Boursier à Creil, etc., semblent croire que c'est à des imprudences du malade, à un refroidissement subit, ou à un traitement mal dirigé qu'il faut rapporter le développement du choléra. Ils ajoutent même que ceux qui ont eu la suette jouissent, par cela même, d'une espèce d'immunité anticholérique. Il y a dans cette doctrine quelque chose de si contraire à ce que nous avons observé dans l'épidémie de 1849, qui a particulièrement sévi sur les individus débilités par une maladie antérieure, que nous ne pouvons, jusqu'à plus amples renseignements, adopter de pareilles idées. Quoi! la suette, cette maladie qui entraîne, au dire de tous les auteurs, une débilité consécutive extrême, serait un *palladium* contre le choléra, tandis qu'il est d'observation que les individus les plus faibles et les plus malades ont été les principales victimes de l'épidémie actuelle? En vérité, ce serait à désespérer d'arriver à une conclusion de quelque certitude en médecine.

Mais laissons la question pathogénique de côté, et voyons quelles modifications doit subir le traitement du choléra dans les cas compliqués. Un mot d'abord sur le traitement préventif : on a remarqué que c'est surtout à la fin de la suette, qu'elle ait été ou non compliquée des phénomènes intestinaux, que peuvent survenir les accidents cholériques; et que c'est principalement à la suite d'indigestion ou de refroidissement que se montrent ces accidents. C'est dire que vers le dixième ou le douzième jour de la maladie, il faut que le malade surveille attentivement son tube digestif, surtout quand celui-ci est malade depuis longtemps, et ne s'expose pas au froid. Mais lorsque, malgré ces précautions ou en leur absence, la diarrhée persiste, faut-il respecter cette diarrhée? Nullement. Cette diarrhée doit être combattue comme celle qui est prodromique du choléra. M. Boursier dit avoir eu à se louer beaucoup de l'ipécacuanha, des lavements avec l'acétate de plomb et du calomel administrés par doses de 0,05, d'heure en heure, dans ces circonstances. De son côté, M. Perdrigeon dit avoir donné avec succès quelques demi-lavements avec :

Extrait de ratanhia.............	3 grammes.
Laudanum de Sydenham	ãã 1 gramme.
Sulfate de quinine..............	
Camphre.........................	

Enfin, lorsque la maladie n'est pas enrayée dans sa marche, si les vomissements et les crampes continuent, en un mot si c'est un cholérique qu'on a à traiter, c'est le traitement du choléra confirmé que l'on a à employer ; et nous reviendrons sur cette question dans un de nos prochains bulletins.

Le sentiment de constriction épigastrique que quelques malades éprouvent au début de cette affection compliquée peut être combattu avec avantage par les cataplasmes, par les sinapismes, ou même par de larges vésicatoires volants au creux de l'estomac.

Tel est l'état de la question aujourd'hui ; on voit que nous sommes loin de posséder des document suffisants pour la décider. Aussi faisons-nous appel au zèle de ceux de nos confrères qui ont été témoins de ces complications épidémiques.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AMPUTATION TIBIO-TARSIENNE. *Sustentation directe. Heureuse influence de l'opération sur l'état général du malade.* Une question a vivement préoccupé les chirurgiens dans ces derniers temps, c'est celle de savoir comment les individus auxquels on a pratiqué la désarticulation tibio-tarsienne peuvent se tenir debout et marcher; s'ils peuvent s'appuyer sur le moignon sans éprouver de douleur et sans exposer les parties molles qui recouvrent les extrémités osseuses à s'érailler et à s'ulcérer ; ou s'ils sont obligés de recourir aux moyens de protbèse usités à la suite de l'amputation sus-malléolaire. Le fait suivant, communiqué il y a six mois (le 13 février), à l'Académie de médecine, par M. Robert, vient contribuer à résoudre cette question, en établissant la possibilité de la sustentation directe. Il s'agit d'une jeune fille de treize ans, portant sur diverses régions du corps des traces de la maladie scrofuleuse, et admise à l'hôpital Beaujon, pour y être traitée d'une nécrose des os du pied gauche. L'amputation reconnue indispensable fut pratiquée dans l'articulation tibio-tarsienne, d'après le procédé de M. J. Roux. Les deux malléoles furent réséquées. La cicatrisation, retardée par la stagnation du pus dans le cul-de-sac répondant à la peau du talon, fut lente à s'opérer; on fut obligé de pratiquer une contre-ouverture. Au bout de deux mois et demi, la malade, complétement guérie, restait levée et marchait presque toute la journée; elle appuyait son moignon sur une petite bottine enlaçant le bas de la jambe; la marche avait lieu sans douleur et sans claudication. La cicatrice occupant la partie antérieure du moignon, n'est exposée à aucun frottement ni à aucune pression. La peau qui recouvre l'extrémité inférieure des os de la jambe est très-épaisse et doublée par un tissu cellulaire graisseux et abondant, ainsi qu'on le voit sur la figure ci-jointe.

La date déjà vieille du fait que nous venons de rapporter, loin de rien diminuer de son intérêt, ajoute au contraire à sa valeur, d'abord en ce que le temps n'a fait que confirmer l'heureux résultat de l'opération sous le rapport de la facilité de la marche et de la

sustentation ; et, en second lieu, parce que le long délai qui s'est écoulé depuis l'opération nous a permis de constater une circonstance qui est de nature à rectifier une opinion erronée que partagent encore beaucoup de praticiens : nous voulons parler de l'influence des grandes opérations sur l'état général des sujets à diathèse scrofuleuse et tuberculeuse. Indépendamment des traces nombreuses de l'affection scrofuleuse dont nous avons parlé, on avait constaté, avant l'opération, chez cette jeune fille, de la matité au sommet des deux poumons. Eh bien! malgré cette condition défavorable qui, aux yeux de quelques chirurgiens, eût pu paraître une contre-indication à l'opération, l'état de la malade, loin de s'aggraver, n'a fait au contraire que s'améliorer depuis que la malade a été soustraite aux conséquences fâcheuses de la grave lésion dont son pied était le siége.

ARTHRALGIES (*Sur l'époque à laquelle il convient d'imprimer des mouvements aux articulations dans les*). Il est un point des plus difficiles et des plus importants dans le traitement des arthralgies, c'est celui qui est relatif à la durée que l'on doit donner au régime antiphlogistique et au repos, dans le traitement des arthralgies. En effet, si l'on ne tenait compte que de la douleur dans la détermination de l'époque à laquelle il convient d'imprimer des mouvements à l'articulation malade, il pourrait arriver que l'on prolongeât indéfiniment l'immobilité, au grand détriment de l'articulation et du malade. Les douleurs accusées ou ressenties par les malades sont bien loin de tenir toujours à l'inflammation, et l'on a vu trop souvent des charlatans obtenir, par des mouvements brusquement imprimés aux articulations malades, des succès là où des praticiens distingués poursuivaient la guérison avec tout le cortége des moyens antiphlogistiques. Il y a donc des douleurs qui tiennent à la raideur et à la rétraction des tissus fibreux, et si on confond ces douleurs avec les douleurs inflammatoires, on court le risque d'exposer le malade à une ankylose. Il était donc extrêmement important de posséder un signe qui permît de distinguer les deux espèces de douleurs. Ce signe, M. Malgaigne croit l'avoir trouvé dans une espèce de lieu d'élection affecté par les douleurs inflammatoires. Dans les arthralgies, dit-il, il y a un point douloureux par excellence, lequel existe d'une manière constante, au moins dans trois points. A l'articulation coxo-fémorale, ce lieu d'élection est en arrière du grand trochanter; à l'épaule, il répond à la partie antérieure de la tête de l'humérus; au coude, on le trouve sur la tête du radius. Il y a bien parfois quelques douleurs en dehors de ce point privilégié, mais ce sont des épiphénomènes sans valeur symptomatique. Tant qu'il existe de la douleur à la pression dans ce point, c'est un indice d'inflammation, d'où l'indication thérapeutique de prescrire l'immobilité et les antiphlogistiques. Lorsqu'au contraire le point douloureux a disparu, on peut être sûr que l'élément morbide n'est plus constitué que par la rétraction des tissus fibreux ; et alors, au lieu de perdre son temps à essayer des bains, des pommades, des révulsifs de toute nature, il faut faire appel au courage du malade, s'armer soi-même d'une fermeté inébranlable et, sans plus tarder, imprimer des mouvements au membre, et allonger les tissus rétractés; c'est le seul et unique moyen d'éviter l'ankylose et les difformités vicieuses, propres surtout à la coxalgie. M. Malgaigne présente ce phénomène sans aucune explication, et comme un fait clinique fruit de dix années de pratique, qui ne lui a jamais fait défaut; nous nous demandons si on ne pourrait pas l'expliquer par cette circonstance que les points indiqués par M. Malgaigne pour les trois articulations précédentes, sont précisément ceux par lesquels ces articulations sont le plus accessibles au toucher? (*Journ. de méd. et chir. etc.*; et *Revue médico-chir.*, juin 1849.)

COLLODION. *Son emploi pour protéger les tumeurs anévrysmales saillantes à l'extérieur.* Plusieurs fois nous avons parlé des propriétés rétractiles du collodion, et nous avons dit que ces propriétés seraient probablement utilisées dans un assez grand nombre de circonstances. En voici une nouvelle application : on sait que, lorsque les anévrysmes des gros troncs artériels ont acquis un certain volume, surtout lorsqu'ils ont franchi les parois osseuses, mus-

culaires ou aponévrotiques qui en limitaient l'extension, ils acquièrent, en peu de temps, un grand volume, amincissent peu à peu la peau, qui s'ulcère, et finissent par amener une hémorrhagie promptement mortelle. A cette époque de la maladie, il est fort rare que l'on puisse compter sur l'efficacité d'un traitement interne. Alors même que l'on peut y avoir recours, il y a toujours une indication pressante : c'est celle de s'opposer à la distension incessante de la peau, et de protéger la tumeur contre les corps extérieurs qui pourraient l'atteindre. Par ses propriétés agglutinatives et rétractiles, le collodion paraît appelé à rendre quelques services dans cette circonstance. Nous voyons, en effet, dans une observation rapportée par le docteur Caballero y Canals, que, dans un anévrysme de la sous-clavière, qui faisait des progrès rapides, dont la peau amincie menaçait de se rompre, en couvrant la tumeur et une partie de la peau voisine d'une couche de collodion, et en plaçant par-dessus, avant la dessiccation, une couche d'ouate épaisse, le tout a formé une espèce de cuirasse, qui a exercé une compression notable sur la tumeur. En continuant ce moyen pendant trois mois, on a obtenu des résultats assez favorables : une tumeur de 6 à 7 pouces de longueur, sur 4 1/2 ou 5 pouces de largeur, s'est trouvée réduite, après ce traitement, à la moitié de ses dimensions premières. Nous ignorons si l'on eût pu obtenir des résultats plus complets; car le malade, ennuyé du traitement, a voulu reprendre ses occupations habituelles.

Pour nous, nous demandons si l'on ne fût pas arrivé à quelque chose de plus favorable, en n'appliquant le collodion et la couche d'ouate qu'après avoir exercé pendant quelques instants une compression douce sur la tumeur anévrysmale. Il est bien peu de ces tumeurs dans lesquelles on n'obtienne, en comprimant légèrement, un affaissement notable. De sorte que l'application du collodion viendrait, en soutenant la tumeur dans ses nouvelles limites, donner quelques chances de plus à la prolongation de la vie. (*Revista medica de Santiago*, juin 1849.)

CORPS ÉTRANGER. *Introduction d'une fourchette en fer dans l'estomac. Expulsion au bout de vingt mois par l'anus.* Nous avons publié récemment le cas d'un épi avalé par un enfant ; le fait suivant, que M. Velpeau vient de communiquer à l'Académie, de la part de M. Chemin, médecin à Saintes, ne nous paraît pas moins digne d'intérêt : le 15 de mai, dit l'auteur, je fus appelé pour donner mes soins à M. Houé, âgé trente-deux ans, cultivateur, habitant la commune de Beautheil. En cherchant à retirer un os de veau arrêté à la partie supérieure de l'œsophage, ce jeune homme dit avoir avalé une fourchette en fer étamé. Voici comment la chose s'était passée : l'os à peine avalé, la déglutition devint très-difficile ; il se manifesta de suite une vive douleur à la partie moyenne du sternum, un sentiment de piqûre et une gêne extrême dans cette région. Respiration anxieuse. M. Houé s'empressa alors de prendre une fourchette, qu'il introduisit vivement dans l'œsophage, avec l'intention de retirer l'os ou de le faire descendre. Cette opération lui occasionna d'abord des nausées, puis de si grands efforts de vomissements, que, dans son trouble, il lâcha la fourchette qui, après quelques mouvements de déglutition, tomba immédiatement dans l'estomac. Cet homme, extrêmement alarmé de sa position, vint à Paris dans l'espoir qu'on pourrait peut-être lui retirer cette fourchette. Il consulta M. Velpeau et un autre médecin, qui le rassurèrent, en lui disant qu'il n'avait rien à craindre des suites de cet accident, et que la fourchette sortirait tôt ou tard d'elle-même par les voies naturelles, sans qu'il fût nécessaire de recourir à aucune opération.

De retour à son pays dans de meilleures dispositions morales, Houé me fait demander. Je le trouve plus rassuré ; cependant il éprouve des souffrances intolérables, surtout après avoir pris quelques aliments ou un peu de boisson. Il a de temps à autre envie de vomir; l'eau lui vient souvent et abondamment à la bouche. La fourchette alors se trouve placée dans le grand cul-de-sac, les dents tournées du côté gauche. Elle reste quinze jours dans la même position, puis se dirige vers le pylore, où elle séjourne près de quatre mois. Pendant tout ce temps, vomissements noirs plusieurs fois par jour. La bouche est continuellement rem-

plie d'un liquide aqueux ; souffrances excessivement vives et incessantes; épigastre très-sensible, pouls normal, langue humide, appétit nul, tiraillements d'estomac, impossibilité de supporter la moindre nourriture, digestion pénible des liquides. Enfin, ce corps étranger franchit le pylore et parcourt en six semaines l'intestin grêle, pour s'arrêter pendant treize mois dans le flanc droit, au niveau de la valvule iléo-cœcale. Pendant le trajet de la fourchette dans les petits intestins, les souffrances deviennent vives et intermittentes; impossibilité de se coucher sur le côté; la marche et les plus petits mouvements réveillent les douleurs et font éprouver un sentiment de piqûre semblable à celui que produiraient des aiguilles. Le matin, M. Houé, en se palpant le ventre, sent parfaitement la fourchette avec la main; difficulte très-grande d'aller à la garderobe.

Après un séjour de cinq mois dans le côté droit, la fourchette commence à se dissoudre. Alors M. Houé éprouve de fortes coliques et rend des matières noires et briquetées; constipation continuelle; gargouillements; abdomen ballonné et très-sensible; douleurs aiguës dans les hypocondres; coliques violentes; dégoût; maux de tête; insomnie; pouls naturel; émission de l'urine, fréquente et douloureuse; engorgement du testicule droit. Puis, pendant les autres huit mois, constipation et diarrhée intermittentes; coliques moins violentes; matières stercorales noirâtres; ventre sensible; soif vive. (M. Houé, ne consultant que son goût, boit 5 à 6 litres de vin vieux de Brie, par jour, et, le matin à jeun, 30 grammes d'anisette pour combattre les vents.) Appétit très-grand; besoin de manger incessant (2 à 3 kilogr. d'aliments par jour); encore le malade ne satisfait-il pas complétement son appétit. Cependant le malade reprend peu à peu ses travaux de labour, et recouvre ses forces.

Vers le 10 décembre 1848, Houé éprouve de si violentes coliques, une telle défaillance, qu'il pense en mourir. Je suis appelé de nouveau. A mon arrivée, je trouve le ventre tendu; une douleur sourde et profonde se fait ressentir dans la fosse iliaque droite; constipation opiniâtre depuis quelques semaines. Du reste, langue humide, pouls normal, langue halitueuse. Après une prise de 60 grammes d'huile de ricin, qui lui fait rendre une grande quantité de matières stercorales, Houé se sent soulagé à l'instant même. A partir de cette époque, il ne souffre plus, ne sent plus rien, se croit enfin débarrassé de la fourchette, et continue à se livrer à ses occupations habituelles.

Enfin, le 8 février 1849, vingt mois après avoir avalé la fourchette, M. Houé éprouve tout à coup des douleurs lombaires, un certain frémissement dans le bassin, une pesanteur sur le fondement, puis l'envie d'aller à la garderobe. Efforts d'expulsion; selles copieuses, composées de matières fécales et mêlées de sang, dans lesquelles M. Houé trouve un énorme morceau de fourchette. C'est la portion qui se trouve comprise entre le pavillon et la partie sur laquelle sont implantées les dents. Aujourd'hui cet homme se porte parfaitement et n'éprouve plus aucune gêne. Le traitement a consisté en tisanes de graine de lin, cataplasmes et lavements émollients, bains de siége et laxatifs (huile de ricin). (*Compte-rendu de l'Académie de médecine*).

ERGOTINE (*De l'*) *comme hémostatique dans les hémorrhagies externes.* Si l'ergotine, tant vantée depuis quelques années comme puissant hémostatique, ne mérite pas tous les éloges et n'a pas les merveilleuses propriétés que lui accorde son inventeur, elle ne mérite pas non plus l'oubli et le dédain auxquels semblent la condamner la plupart des chirurgiens. Suivant M. Bonjean, de Chambéry, qui a doté la matière médicale de ce principe, l'ergotine conviendrait dans les cas suivants :

1° Quand, pour arrêter une hémorrhagie inquiétante, il faut produire quelques dérangements des lèvres de la plaie amenée, à grand' peine, à un commencement de cicatrisation;

2° Quand le malade a une disposition fâcheuse à la mortification des parties pour les moindres causes, et que, par suite de la ligature, la gangrène est à craindre, sinon certaine;

3° Quand les vaisseaux qui donnent lieu à l'hémorrhagie se trouvent dans des tissus enflammés et ramollis;

4° Quand le sang coule en nappe

de petites artérioles dont on ne peut apercevoir ni l'orifice ni le calibre;

5° Quand une hémorrhagie provient de la chute d'une escarre, soit à la suite de gangrène, soit à la suite de plaies faites par des armes à feu, etc., etc.

Enfin, et c'est en cela surtout que l'ergotine, d'après M. Bonjean, serait appelée à rendre les plus grands services à la chirurgie, cette substance *n'a pas seulement la propriété d'arrêter les hémorrhagies produites par des artères même d'un gros calibre, mais elle place l'artère divisée dans des conditions telles, que la cicatrisation de la blessure peut s'opérer avec ce seul remède, sous sa seule influence, tout en conservant au vaisseau sa perméabilité.* Nous craignons que M. Bonjean en formulant cette proposition d'une manière aussi générale et aussi absolue, n'ait outrepassé ce qu'une saine logique permet d'induire en cette matière d'expériences faites sur des animaux. Personne n'ignore combien la force plastique du sang est plus grande chez les animaux que chez les hommes, et avec quelle facilité on parvient en général, par une simple compression, à arrêter chez ceux-ci des hémorrhagies qui, chez l'homme, ne céderaient qu'à la ligature. C'est à cette circonstance qu'il faut attribuer les singulières illusions où sont tombés les inventeurs et prôneurs de ces eaux hémostatiques, dont l'effet a presque toujours été décevant quand on en est venu à l'application. M. Bonjean, il est vrai, ne s'appuie pas seulement d'expériences sur les animaux, il rapporte des faits observés sur l'homme, et qui se présentent sous le patronage de noms qui font autorité en chirurgie. Nous ne savons à quoi il faut attribuer cette singulière contradiction dans les résultats, qui fait qu'une expérience qui réussit à Chambéry, à Turin et à Lyon, ne réussit point à Paris; mais jusqu'ici il n'a pas été obtenu, que nous sachions, un seul succès de ce genre dans nos hôpitaux, et tout récemment encore, deux de nos plus habiles chirurgiens, M. le professeur Roux et M. Robert, ont été obligés, dans deux cas de blessure de l'artère radiale, d'en venir à la ligature après avoir essayé en vain, sous nos yeux, l'application de l'ergotine, aidée de la compression, d'après le procédé indiqué par M. Bonjean lui-même. Nous ne prétendons nullement, toutefois, infirmer par ces observations la valeur des faits rapportés par M. Bonjean, mais nous pensons que ces résultats négatifs doivent faire apporter de grandes restrictions et de grandes réserves à la proposition de M. Bonjean, en ce qui concerne les hémorrhagies des gros vaisseaux. Quant à ce qui est des hémorrhagies capillaires et des diverses circonstances spécifiées dans les autres propositions, nous ne répugnons pas à admettre qu'en effet l'ergotine ne soit appelée à rendre, en pareil cas, d'utiles services, et qu'elle ne trouve, dans ces différentes conditions, une indication que les praticiens feront bien de ne point négliger. Aussi croyons-nous devoir, après restrictions faites, en ce qui concerne les plaies des grandes artères, exposer les règles que formule M. Bonjean pour l'application de cet agent.

« On dissout l'ergotine dans cinq ou six fois son poids d'eau pour les blessures ordinaires, et dans trois ou quatre seulement pour les cas graves. Cette dissolution sert à imbiber la charpie qu'on applique sur la plaie préalablement essuyée, où on la maintient avec les doigts en appuyant légèrement, jusqu'à ce que le sang ait cessé de couler depuis un temps qui doit varier avec la nature même de la blessure. Si le mal est grave, si l'hémorrhagie provient de la lésion de quelque vaisseau important, la charpie une fois appliquée sur la plaie, est arrosée de temps à autre avec la dissolution *concentrée*, pour remplacer l'ergotine qui se trouve entraînée par le sang de la blessure dès les premiers moments de l'application du tampon, et pour entretenir un contact immédiat entre le liquide cicatrisant et les lèvres de la plaie. La compression exercée sur la charpie doit être suffisante pour empêcher tout écoulement sanguin, mais non assez forte pour *intercepter la circulation* dans le vaisseau malade. Lorsque le tampon, n'étant plus arrosé depuis quelque temps, commence à se dessécher, que l'on a pu sans accident, c'est-à-dire sans causer le retour de l'hémorrhagie, diminuer insensiblement la pression jusqu'à pouvoir la supprimer entièrement, bien que *momentanément*, on peut croire que le caillot obturateur est formé. Alors, maintenant

la compression d'une main, et prenant toutes les précautions possibles pour éviter la moindre secousse à la partie malade, on recouvre la première charpie d'un nouveau plumasseau de même nature, toujours imbibé d'ergotine, et on fixe le tout à l'aide d'une bandelette de toile, qu'on peut enlever au bout de deux, trois ou quatre jours, suivant la circonstance. La plaie est ensuite pansée comme dans la pratique admise. Les vaisseaux se cicatrisent ainsi, sans oblitération ni altération de leur calibre, et il n'y a presque pas d'inflammation ni de suppuration. » (*Gazette méd. de Lyon*, juin 1849.)

ÉTHER EN LAVEMENT (*Bons effets de l'*) *contre les douleurs rhumatismales et névralgiques.* Depuis l'époque où le monde savant s'est occupé, avec tant d'intérêt, des agents anesthésiques, l'idée d'administrer ces substances en lavement s'est présentée à beaucoup de médecins. Il est incontestable, en effet, que la plupart des agents médicamenteux injectés dans le rectum manifestent leur action spéciale avec autant, sinon avec plus de rapidité et de certitude que lorsque leur administration a lieu par la voie de l'estomac. Ce mode d'administration a même de grands avantages lorsqu'il s'agit d'agents qui sont introduits par les voies respiratoires, et qui exposent, par cela même, à des accidents de haute gravité. Nos lecteurs savent que le docteur Pirogoff, en injectant les vapeurs d'éther dans l'intestin, à l'aide d'un appareil fort simple, était parvenu à produire une anesthésie aussi complète que celle qu'on peut obtenir par les inhalations. Mais c'est M. Marc Dupuy qui a eu l'heureuse idée, par les injections dans le rectum d'éther liquide mélangé avec égale quantité d'eau, de démontrer que les vapeurs éthérées n'avaient pas une activité plus grande que cette substance liquide; et qu'on pouvait remplacer avec succès les inhalations, même comme anesthésiques, par les injections d'éther liquide dans le rectum. Si, à l'aide de ces injections éthérées, les chirurgiens ont pu obtenir une anesthésie assez complète pour pratiquer des opérations, on comprend qu'à plus forte raison on pourra employer ces injections dans les cas où l'on ne cherche à obtenir que des effets calmants et antispasmodiques. A ce titre, nous croyons devoir citer deux faits, rapportés par M. Gaussail. Le premier est relatif à une dame de quarante-cinq ans, sujette à des affections nerveuses et rhumatismales, et qui depuis quelques jours souffrait d'une névralgie temporale, à type continu rémittent. Un épithème sédatif, quelques antispasmodiques produisirent un léger soulagement. Mais bientôt cette névralgie fut remplacée par des douleurs violentes et continuelles, qui avaient leur siége dans le grand nerf sciatique, et qui empêchaient la malade de marcher, même de se tenir dans la position assise. Après deux jours employés à essayer les calmants à l'intérieur et en frictions, sans aucun résultat, l'auteur prescrivit un lavement avec quatre grammes d'éther dans cent grammes d'eau. Le soir, il trouva la malade, qui avait pu rester levée, dans un état de calme parfait : elle avait éprouvé, disait-elle, un bien-être remarquable ; et l'absorption de l'éther s'était traduite, une demi-heure après environ, par une haleine caractéristique et par une sorte de souplesse et de chaleur bienfaisante, qui parcourait tous ses membres. Enfin, le lavement avait été conservé sans produire de souffrance, et l'écoulement hémorrhoïdal, auquel cette femme était sujette, avait reparu quelques heures après. La nuit fut bonne, le lendemain et les jours suivants les douleurs des cuisses avaient complétement disparu ; et bien qu'il y eût, dans d'autres parties du corps, des souffrances vagues, la malade pouvait être considérée comme débarrassée de ses douleurs névralgiques. Quant au second fait, c'est celui d'une jeune dame, d'une constitution délicate, affectée, quelque temps auparavant, d'un rhumatisme général, chez laquelle l'auteur prescrivit, pour une douleur très-vive qui se manifesta dans la région précordiale, un lavement avec six grammes d'éther, qui ne calma pas la douleur. Si nous avons cité ces faits, ce n'est pas que l'application de l'éther nous paraisse parfaitement judicieuse dans ces deux cas, surtout dans le dernier; mais le fait en lui-même est bon à connaître. Nous pensons, pour l'avoir vérifié par nous-même, que dans les douleurs névralgiques vagues et rhumatoïdes, principalement chez les femmes hystériques,

es lavements avec l'éther, mieux encore avec le chloroforme, sont appelés avant peu à un usage assez répandu. Dans l'hystérie en particulier, où il est souvent difficile de faire avaler aux malades des substances médicamenteuses, les lavements d'éther et de chloroforme font souvent tomber, comme par enchantement, les accidents spasmodiques les plus intenses. L'activité proportionnellement plus forte du chloroforme doit rendre prudent dans l'administration de cet agent; et le plus souvent 20 ou 30 gouttes de ce précieux agent, dans 120 grammes de liquide, produiront l'effet désiré. (*Journ. de méd. de Toulouse*, et *Journ. des Conn. méd.*, juillet 1849.

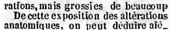
GLYCÉRINE (*Bons effets de la*) *dans le traitement de la surdité.* Nous avons entretenu nos lecteurs de quelques tentatives faites avec la glycérine, dans le traitement de certaines formes de surdité, par le docteur Turnbull; nous avons dit que ce médecin avait été conduit à l'emploi de la glycérine par l'usage qu'il avait fait de la méthode de M. Yearsley, consistant, ainsi que nous l'avons dit, à placer, au fond du conduit auditif, un morceau de coton trempé dans l'eau et légèrement exprimé. Cette méthode avait l'inconvénient de forcer à renouveler de temps en temps le morceau de coton. Afin de l'éviter, M. Turnbull avait eu l'idée de tremper le coton dans une substance avide d'humidité : il avait choisi la glycérine, qui doit à son avidité pour l'eau de s'évaporer très-lentement. Comme on le sait, la glycérine ou principe doux des huiles, découverte par Scheele, examinée plus tard par Chevreul, est une substance que l'on trouve dans les huiles grasses, combinée avec les acides oléique, stéarique et margarique. Sa pesanteur spécifique est de de 1.252. C'est un liquide sirupeux, soluble dans l'alcool et dans l'eau, insoluble dans l'éther, légèrement inflammable, inodore et d'un goût douceâtre. On l'obtient en saponifiant l'huile d'olive au moyen de la litharge et d'un peu d'eau. L'acide sulfurique sépare les matières huileuses, en laissant une solution aqueuse, contenant les sels alcalins et la glycérine. On évapore celle-ci à siccité, et on la traite par l'alcool qui dissout la glycérine et laisse les sulfates alcalins. On purifie la glycérine en faisant passer un courant d'hydrogène sulfuré. M. Thomas Wakley, qui réclame la priorité d'emploi de la glycérine dans les maladies de l'oreille, a été conduit à en faire usage d'après les mêmes données que M. Turnbull; c'est-à-dire que l'humidité lui a paru être la principale condition des succès obtenus par M. Yearsley, et que le coton n'agissait qu'en apportant un obstacle aux fonctions auditives, tout en s'opposant cependant à l'évaporation. M. Wakley a fait usage de la glycérine principalement dans les cas de surdité causée par une inflammation ancienne et accompagnée d'un état de sécheresse et d'une dureté comme cornée de la peau qui tapisse le conduit auditif externe. Il s'en est bien trouvé encore dans des cas où la membrane du tympan était évidemment épaissie et indurée, et offrait à l'œil un aspect blanchâtre ou perlé. Or, parmi les cas nombreux où M. Wakley a obtenu la guérison, il en est où la maladie remontait à plus de trente ans, et était survenue à la suite de maladies de l'enfance. Ainsi, chez une dame de cinquante-six ans, sourde depuis trente ans, chez laquelle la peau du méat était excessivement dure, la membrane du tympan épaissie et d'un blanc perlé, sans trace de sécrétion, et chez laquelle on ne pouvait toucher la membrane tympanique sans occasionner de vives douleurs, on enduisit doucement le canal auditif avec un pinceau de blaireau trempé dans la glycérine. Amélioration presque immédiate. Privée de causer avec son fils depuis des années, elle put entendre, quelques minutes après, ce qu'on lui disait. Quelques jours après, elle pouvait aller dans les rues et entendre les voitures; seulement le bruit des roues lui paraissait trop vif. L'audition est bonne chez cette malade, pourvu qu'elle ait soin d'enduire le conduit auditif avec la glycérine deux fois par semaine; si le conduit auditif externe est sec, la surdité revient ce qu'elle était auparavant. Dans un autre cas, où l'ouïe était presque perdue d'une seule oreille depuis quarante ans, à la suite d'un coup sur la tête, et où l'oreille offensée était le siége de tintements, avec une douleur vive au niveau de l'apophyse mastoïde, chez une dame qui avait eu un petit écoulement par l'oreille et dont le canal auditif était toujours sec, la glycérine a rétabli,

sinon la totalité, du moins une grande partie de l'audition. Enfin, dans un autre cas, chez un homme de trente-sept ans, qui avait perdu l'ouïe de l'oreille droite depuis dix-huit ans, à la suite d'une inflammation avec écoulement de l'oreille externe, chez lequel il y avait absence complète de sécrétion, avec épaississement et teinte perlée, bruit incessant dans l'oreille, la première lotion avec la glycérine fut suivie d'une amélioration qui dura quatre heures. En répétant ces lotions, d'abord deux, puis trois fois par semaine, pendant cinq semaines, l'ouïe redevint parfaitement saine. Quant au procédé à suivre dans l'emploi de la glycérine, il consiste à tremper dans un flacon contenant cette substance ou bien un pinceau très-doux, ou bien un morceau de coton que l'on porte doucement avec une pince jusqu'au fond du conduit auditif, et auquel on fait parcourir ce conduit d'avant en arrière et d'arrière en avant. (*The Lancet*, juin 1849.)

SURDITÉ (*Sur le traitement de la*) *chez les vieillards.* Quels que soient les progrès que l'anatomie pathologique ait faits dans ces dernières années, il est beaucoup de médecins qui croient que la plupart des incommodités qui surviennent dans la vieillesse sont purement et simplement l'effet de l'âge ou de l'usure des organes, et comme telles au-dessus des ressources de la thérapeutique. Que cela soit vrai dans certains cas, nous ne voudrions pas le contester; mais quand on voit les mêmes infirmités se montrer dans la vieillesse à des âges bien différents et même chez des sujets dont les organes sont bien loin d'être usés, il est impossible de ne pas croire que ces infirmités reconnaissent le plus souvent pour cause de véritables états morbides et des altérations matérielles appréciables, accessibles, par conséquent, à nos moyens thérapeutiques. C'est ce que M. Toynbee, cet anatomiste si distingué, vient de démontrer irréfragablement pour la surdité chez les vieillards. Combien de médecins pensaient et disaient hautement que cette surdité est un effet de la vieillesse et conseillaient à leurs malades de se résigner prudemment à leur sort et de n'employer que des moyens palliatifs! M. Toynbee a fait heureusement justice de croyances aussi erronées. Il résulte des nombreuses dissections auxquelles il s'est livré, que de toutes les altérations pathologiques qui produisent la surdité chez les vieillards, la plus fréquente est l'épaississement de la membrane muqueuse qui tapisse la cavité du tympan; que l'atrophie de l'appareil auditif est excessivement rare; et que la lésion nerveuse est une pure hypothèse. Après cet épaississement de la muqueuse tympanique, viennent, par ordre de fréquence, l'épaississement de la membrane du tympan et la présence d'adhérences ou de brides qui soudent entre eux, et avec les parois de la caisse, les osselets et les muscles de la cavité tympanique, de manière à rendre presque impossibles les mouvements de toutes ces parties. Nous avons fait graver, d'après Toynbee, un exemple de cette dernière et curieuse altération, recueilli chez une dame de quatre-vingt-sept ans, qui était sourde depuis un an seulement, mais qui avait l'ouïe affaiblie depuis deux années.



a Bride unissant la partie postérieure de la longue branche de l'enclume à la paroi externe de la membrane du tympan; *b* seconde bride unissant la partie antérieure de la même apophyse de l'enclume à l'étrier et à la membrane du tympan; *c* deux brides qui se portent en arrière, et qui soudent la tête du marteau et le corps de l'enclume à la paroi externe de la caisse. La seconde figure représente les mêmes altérations, mais grossies de beaucoup.



De cette exposition des altérations anatomiques, on peut déduire aisé-

ment les signes que doit fournir l'examen direct des organes dans la surdité chez les vieillards. Ainsi, à part l'accumulation du cérumen, le conduit auditif externe est parfaitement sain; la membrane du tympan est aussi intacte et ne présente d'autre particularité que sa coloration un peu blanchâtre; l'air pénètre sans difficulté et sans produire de bruit dans la cavité tympanique; et dans les cas où la membrane est très-épaissie, l'ouïe est beaucoup plus dure dans les temps froids et humides, que dans les temps secs et chauds.

La question la plus importante pour nous est celle de savoir si ces maladies de l'oreille moyenne sont susceptibles de guérison et par quels moyens elles sont attaquables. M. Toynbee répond victorieusement à cette question par bon nombre d'observations. Pour lui, le traitement le plus efficace consiste dans l'administration à l'intérieur des pilules bleues, de l'*hydrargyrum cum creta*, ou du sublimé à doses altérantes, mais toutefois sans jamais aller jusqu'à agir sur la constitution des malades. Quant au traitement local, M. Toynbee touche avec une solution de nitrate d'argent, dont la force varie de 2 à 8 grammes pour 30 grammes d'eau distillée, d'abord l'orifice extérieur du méat, et ensuite de plus en plus profondément dans une étendue qui varie depuis la moitié jusqu'aux trois quarts de sa profondeur. Enfin, dans certains cas, M. Toynbee a touché la membrane du tympan elle-même avec une solution de nitrate d'argent (0 gr. 30 pour 30 grammes d'eau). Dans quelques cas, mais rarement, il a ajouté à ce traitement quelques sangsues derrière les oreilles ou de petits vésicatoires au même endroit. M. Toynbee recommande en outre à ses malades de ne pas se tenir trop près du feu ni dans des chambres trop chaudes, de suivre un régime peu excitant et de prendre un bain tiède tous les huit ou dix jours. Nous compléterons cette analyse par un résumé de deux faits qui nous paraissent très-remarquables, le premier surtout par l'âge du malade; un homme de quatre-vingts ans, depuis trois ans, sentait de jour en jour l'ouïe s'affaiblir, et il était arrivé au point de ne pouvoir entendre sans un cornet acoustique. A part quelques bulles de mucus dans l'oreille moyenne, tout paraissait normal de ce côté. Le malade fut mis à l'usage des pilules bleues (10 cent. tous les soirs). Amélioration après trois semaines. Cinq cent. d'*hydrargyrum cum creta* tous les jours, à partir de ce moment; guérison complète en deux mois. Quant au second fait, c'est celui d'une dame de soixante-quatre ans, dont la surdité avait commencé depuis plusieurs années, mais qui n'était complète que depuis quatre ou cinq mois. La malade prit chaque jour un douzième de grain de bichlorure de mercure en trois fois; cette dose fut portée peu à peu jusqu'à un sixième de grain; la moitié externe du conduit auditif fut touchée avec une solution de nitrate d'argent (2 grammes pour 30 grammes d'eau distillée). Guérison parfaite en trois mois. (*Monthly journal*, février et mars 1849.)

ULCÉRATIONS PHAGÉDÉNIQUES (*Bons effets du chlorate de potasse contre les*). Il y a quelque temps, dans un journal anglais, M. Hunt faisait connaître les quelques succès qu'il avait obtenus du chlorate de potasse, donné à l'intérieur, chez de jeunes sujets atteints de stomatite gangréneuse. On sait que cette maladie se développe ordinairement chez les sujets dont le sang est appauvri et dont la constitution est détériorée. Le chlorate de potasse jouirait donc, d'après cela, d'une certaine action reconstitutive de l'organisme. Les faits rapportés par M. Sayle tendraient à prouver qu'il en est véritablement ainsi. En effet, dans les ulcérations phagédéniques, dont la cicatrisation est si difficile à obtenir par les moyens les plus puissants et les plus rationnels, ce médecin a vu l'administration du chlorate de potasse, à la dose de 12 décigrammes par jour, amener rapidement la cicatrisation. Dans les observations qu'il a rapportées, nous voyons de larges ulcères du palais, des ulcères à bords irréguliers et de mauvais aspect, au sommet de la tête, au dos, sur le mont de Vénus, se modifier graduellement et heureusement, dans des cas où l'iodure de potassium avait complétement échoué, et cela en un temps très-court, quinze jours, un mois, un mois et demi au plus. Nous devons ajouter toutefois que, malgré ce que ces résultats ont d'encourageant,

ils perdent un peu de leur valeur, en ce sens que l'auteur a toujours employé simultanément l'iodure de potassium, les cautérisations des surfaces ulcérées avec l'acide nitrique dilué, et une alimentation généreuse, tous moyens qui n'ont pas été sans quelque influence sur la terminaison heureuse de la maladie. Au reste, l'administration du chlorate de potasse serait, suivant M. Sayle, sans aucun danger. Il cite même un malade qui en a pris, pendant plusieurs années, six grammes par jour. (*Med. Times*, et *Gaz. méd.*, juin 1849.)

VARIÉTÉS.

L'épidémie cholérique s'est maintenue stationnaire pendant les premiers jours du mois d'août. Le chiffre des entrées dans les hôpitaux et hospices civils a été en moyenne, pendant la première semaine, de 17, et celui des décès de 11. Dans les hôpitaux militaires, c'était à peine s'il y avait deux nouveaux malades par jour et un seul décès. Mais l'influence des chaleurs ne devait pas tarder à se faire sentir, et, à la suite d'un violent orage qui a éclaté dans la journée du 9 août, et des chaleurs étouffantes qui l'ont précédé, il y a eu une recrudescence sensible. Dans la journée du 9 août, les hôpitaux civils ont reçu 35 malades et compté 20 décès ; dans les hôpitaux militaires, 11 entrées, 4 décès; de sorte que rien ne paraît aujourd'hui mieux établi que l'influence de l'élévation de la température sur les progrès du choléra. Ce n'est pas probablement la seule cause ; mais son influence vient de se révéler deux fois, dans le cours de l'épidémie actuelle, d'une manière si évidente, que le doute ne nous semble plus permis à cet égard.

Nous avons sous les yeux le relevé des cholériques dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. Depuis le début de l'épidémie, ces établissements ont reçu 10,752 malades, et en ont perdu 5,937. L'Hôtel-Dieu, l'hôpital Saint-Louis, la Pitié, la Charité, et l'hôpital Beaujon sont ceux qui en ont reçu le plus grand nombre ; et parmi les hospices, la Salpêtrière à elle seule en a reçu près de 1,800. Dans les hôpitaux, la moyenne de la mortalité a été de 50 pour 100 ; dans les hospices, elle a été de 71 pour 100. La mortalité la plus élevée a eu lieu à la Salpêtrière (76 pour 100), et la moins forte à l'hôpital Saint-Antoine (35 pour 100).

Si à ces 5,937 décès constatés dans les hôpitaux et hospices civils jusqu'au 9 août, nous ajoutons 9,121 décès de la ville, et près de 2,000 décès des hôpitaux militaires, nous trouvons pour chiffre total 17,058 décès, c'est-à-dire un chiffre très-voisin de celui de 1832, qui fut, comme on sait, de 18,000.

Dans les départements, l'épidémie s'étend lentement vers le sud de la France. Le Tarn, le Tarn-et-Garonne, la Haute-Garonne, l'Ariège ont déjà compté quelques cas de choléra. Dans la Gironde, au 24 juillet, on comptait déjà 111 décès, à Bordeaux seulement. A Montreuil-sous-Laon, dans le département de l'Aisne, le dépôt de mendicité a été particulièrement frappé ; dans une seule journée il y a eu 35 cas de choléra et 23 décès.

Dans les pays étrangers, mais principalement en Angleterre, la recrudescence s'est fait sentir très-fortement. Dans la première semaine d'août, il y a eu à Londres 926 décès par le choléra. Des cas de choléra isolés ont été observés à Turin et à Mondovi dans le Piémont. Il y a eu une recrudescence en Russie, à Cologne et à Aix-la-Chapelle, ainsi qu'à Vienne (Autriche). Dans les États-Unis, surtout à New-York et à Saint-Louis, les ravages étaient effrayants vers le milieu de juillet ; cette dernière ville était presque déserte. Au Canada, le choléra avait paru aussi avec une certaine intensité.

Parmi les traits les plus honorables pour la profession médicale que l'épidémie actuelle a fait naître, il en est un que nous ne saurions passer sous silence, parce qu'il fait autant d'honneur à son auteur qu'au ministre

qui a su récompenser dignement une bonne action. M. le maire du neuvième arrondissement, dans un rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique, au sujet du dévouement dont avaient fait preuve les élèves en médecine envoyés dans cet arrondissement, lui avait signalé ce fait, qu'un étudiant en médecine étant allé visiter un cholérique, et n'ayant pas trouvé chez une pauvre famille l'étoffe nécessaire pour faire des frictions, s'était dépouillé de son gilet de flanelle et le lui avait donné dans ce but. Longtemps on rechercha l'auteur de cette bonne action. Enfin, M. le maire finit par apprendre que c'était un jeune homme de Marseille, M. Thieux fils, et en informa immédiatement le ministre. Celui-ci adressa le jour même à M. Thieux une invitation à dîner, et, le prenant à part dans la soirée, il lui annonça qu'il lui faisait don, au nom de l'Université, d'un ouvrage de médecine de la valeur de 1,000 fr. M. de Falloux ajouta : « Veuillez accepter comme marque de mon estime personnelle les deux vo« lumes que voici (ils contenaient le brevet d'une pension de 400 fr. pen« dant trois ans); et n'oubliez pas, surtout, que nous recevons tous les « mercredis. »

Ainsi que nous l'avions annoncé, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, par arrêté en date du 27 juillet, a complété la Commission instituée pour la préparation d'un projet de loi sur l'enseignement de la médecine et de la pharmacie. Voici les noms des nouveaux membres appelés à en faire partie : MM. Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Coze, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg; Tardieu, agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris; Nélaton, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris; Bonnet, professeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon; Barbier, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens; Caventou, professeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris; Baudens, chirurgien en chef du Val-de-Grâce.

Nous avons parlé, il y a quelque temps, d'une mesure qui avait été prise par le gouvernement belge, et qui avait pour but de donner aux administrations municipales le droit d'interdire la location des logements insalubres. L'Assemblée législative a pris, ces jours derniers, en considération une proposition de M. de Melun, qui a le même but, mais qui est plus large, en ce que, non-seulement elle donne aux autorités municipales le droit de faire fermer les logements insalubres, mais encore en ce qu'elle leur donne le droit d'indiquer aux propriétaires et de rendre obligatoires les améliorations hygiéniques que réclament ces logements. Cette proposition a été renvoyée à la Commission de l'assistance publique.

Le rapport fait à l'Assemblée législative au nom de la Commission chargée de donner son avis sur la prise en considération de la proposition relative à l'établissement des médecins cantonaux, a été déposé par M. Beugnot, son auteur. L'établissement de médecins cantonaux a été l'objet de vives critiques au sein de la Commission. Cette institution serait, a-t-on dit, un nouveau développement du système de la charité légale qui crée de faux indigents et accroît les maux qu'il cherche à prévenir. Les médecins libres se font un devoir de prodiguer gratuitement leurs soins aux malades pauvres. Lorsque des médecins cantonaux auront été établis, les médecins libres se croiront dispensés d'aider de leurs conseils les pauvres malades, qui, en définitive, perdront plus qu'ils ne gagneront à l'institution nouvelle. Malgré ces raisons, le rapport a conclu à la prise en considération.

Notre honorable confrère, M. le docteur Prus, médecin sanitaire d'Alexandrie, vient d'arriver en France par le dernier paquebot. Il vient dans sa patrie pour rétablir sa santé assez fortement ébranlée par le climat de l'Egypte.

Des élèves de Vauquelin, MM. Bouchardat, Caventou, Chevallier, Guérard, Lassaigne et Robinet, viennent d'offrir à l'Académie nationale de médecine le portrait de cet illustre chimiste.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DES EAUX MINÉRALES SUR L'ORGANISME, ET DE LEUR MODE THÉRAPEUTIQUE DANS LES MALADIES DARTREUSES.

(Suite (1).)

A part quelques détails de pratique relatifs au mode d'administration, quelques soins hygiéniques particuliers, nous ne sommes guère plus avancés aujourd'hui que du temps de Pline sur l'action médicatrice des eaux minérales. A peine avons-nous échangé la divinité tutélaire qui présidait à chaque source, la nymphe bienfaisante que les Romains y plaçaient, avec le *quid divinum* d'Hippocrate ou le *quid ignotum* de certains philosophes. Cependant, il ne faut pas beaucoup réfléchir et avoir observé un très-grand nombre de guérisons obtenues par les eaux minérales, pour constater que leur action physiologique se porte spécialement sur les organes sécréteurs et sur leurs fonctions, en même temps que ce sont les maladies qui contiennent en elles un principe étiologique constitutionnel, telles que les affections dartreuses, rhumatismales, goutteuses, scrofuleuses, etc., qui en ressentent les plus heureuses influences. En effet, ce sont ces maladies qui résistent avec le plus de persistance aux médications usuelles, qui trouvent une guérison aux eaux; c'est encore là que les malades obtiennent plus facilement et plus sûrement une curation définitive.

A mon sens, donc, la recherche du problème consiste maintenant à démêler la relation qui peut exister entre cette même curation et les effets physiologiques produits par l'action des eaux minérales; car, c'est nécessairement par les mouvements organiques qu'a déterminés cette action que la résolution de la maladie est survenue.

Dans ces derniers temps, les progrès de la chimie avaient fait espérer qu'en analysant minutieusement les eaux thermales, les principes minéralisateurs qu'on y découvrirait dévoileraient le mystère. Mais on s'est trompé, et on devait s'y attendre; parce que, si le sel de Glauber, par exemple, détermine telle action physiologique et consécutivement thérapeutique, parce qu'il est composé d'acide sulfurique et d'un oxyde de sodium, ce n'est pas la connaissance de cette composition chimique qui a expliqué son action médicatrice, ni engagé de recourir à ce remède dans tel ou tel cas. C'est tout simplement parce qu'on avait pu observer que, dans les circonstances où des évacuations intestinales étaient nécessaires, ce sel, s'accommodant à certaines dispositions actuelles de l'estomac, atteignait le but qu'on s'était proposé, et remplissait les conditions corrélatives indispensables.

(1) Voir le tome XXXVI, pag. 145 et 410.

En analysant les eaux minérales et en connaissant soit la nature, soit la proportion de leurs éléments, on a pu comprendre, par analogie des propriétés médicamenteuses reconnues, à quelle susceptibilité individuelle telle eau était plus convenable. On a pu même, par analogie d'observation, concevoir que les eaux alcalines, ferrugineuses, salines, convenaient plus spécialement à tel ou tel genre d'affection ; mais la connaissance de tel ou tel autre principe minéralisateur a été de bien peu d'importance, dès l'instant que les médicaments spécifiques avaient perdu de leur prestige. Partant, de ce progrès chimique à la connaissance profonde de la véritable action des eaux sur les fonctions vitales organiques, et par suite de la médication qui en résulte ou que l'on peut s'en promettre, il y a fort loin. En d'autres termes, jusqu'ici, tous les travaux chimiques n'ont pas éloigné la thérapeutique des eaux minérales des probabilités de l'empirisme ; il était réservé encore à des travaux ultérieurs d'expliquer leur véritable mode curatif par l'étude des actions physiologiques que déterminent leur usage et leurs différents modes d'administration.

Nul doute que la question prise à ce point de vue ne devienne infiniment complexe, et qu'il ne fallût des recherches nombreuses et patientes si l'on voulait descendre dans tous les détails des phénomènes primitifs et consécutifs excités et déterminés dans l'organisme par ces puissants agents médicinaux. Mais on comprend qu'ici, l'article que je donne aujourd'hui, ni l'ouvrage dont j'extrais ces remarques, ne peuvent traiter cette question à fond. Force me sera donc de m'en tenir aux faits généraux les plus saillants, pour présenter dans une esquisse rapide les phénomènes les plus importants auxquels l'esprit du praticien doit tout d'abord s'arrêter.

Après avoir constaté qu'une maladie dartreuse, qui avait résisté aux traitements ordinaires, a été guérie définitivement par les eaux, il ne me reste plus, pour diriger ma pratique à venir dans des cas semblables, qu'à chercher quels sont les effets que ces mêmes eaux ont déterminés sur l'organisme et les fonctions de l'individu qui les a mises en usage. Or, en écartant tout d'abord des actions primitives qui sont une sorte d'exaltation organique générale, j'aperçois que les phénomènes qui persistent le plus, qui s'observent très-fréquemment, pour ne pas dire toujours (car s'ils ne se produisent pas très-évidemment, ils s'effectuent d'une manière plus ou moins cachée et insensible), sont des sécrétions critiques, qui se produisent notamment par les intestins, les reins et la peau. Entouré d'eaux minérales salines et sulfureuses, froides ou thermales, par des sources qui apparaissent près de certains villages, aux environs de Manosque, ou par les beaux établissements de Gréoulx

*

et de Digne, j'ai pu observer ces phénomènes physiologico-thérapeutiques de toutes les manières, et m'assurer que chez certains malades cette action critique sécrétante s'observait encore longtemps après avoir quitté l'usage des eaux. Il y a des malades qui m'ont assuré avoir eu pendant trois, quatre mois et plus, des diaphorèses matinales plus ou moins prolongées et plus ou moins abondantes. J'ai pu me convaincre, chez d'autres, de la continuation diurétique du remède ; car les urines qu'ils rendaient étaient, comme l'avait observé Bordeu, *rénales critiques et chargées de la matière des résolutions qui s'étaient opérées*. Le plus grand nombre, après avoir subi l'action purgative des eaux, qui s'annonce d'ordinaire dès le début du traitement, conservent dans cette fonction une normalité et une régularité d'excrétion qu'ils n'avaient pas l'habitude d'observer.

Maintenant, je le demande, peut-on compter pour rien, ou même placer dans un ordre de circonstances secondaires, les effets physiologiques que nous venons de constater ? Peut-on compter pour rien des effets qui portent leur influence sur les fonctions les plus intimes de la vie, sur les sécrétions des appareils d'organes les plus importants ou les plus étendus, et dont les produits excrétés retentissent sur les phénomènes les plus profonds et les plus moléculaires de la composition de nos humeurs comme de la texture de nos tissus ?

Doit-on, après ces observations et ces remarques, croire que la guérison doit être attribuée à une surexcitation fébrile qui sera survenue, à une éruption accidentelle cutanée, qu'on appelle la *poussée ?* Doit-on admettre qu'une dartre a été guérie parce que les eaux ont ramené les vaisseaux capillaires de la peau à un degré de vitalité qui a excité l'absorption locale et par suite la résolution de la plaque dartreuse ? Que cet épiphénomène existe, je ne peux ni ne veux le nier ; mais, pourquoi un topique extérieur n'arriverait-il pas au même résultat ? Pourquoi surtout, lorsque par ces moyens topiques vous déterminez la même résolution, la guérison n'est-elle que temporaire ? Pourquoi est-elle plus assurée et plus définitive par les eaux minérales ? Évidemment, c'est que l'élimination de certains principes morbigènes originels contenus dans le sang ou dans nos humeurs s'est effectuée à la suite des sécrétions dont l'action des eaux avait ouvert des émonctoires.

S'agit-il d'une phlegmasie chronique intérieure qui s'est résolue par l'effet des eaux minérales, est-ce par la révulsion qui s'est opérée au moyen d'une excitation de la peau que vous expliquerez le phénomène curatif ? Mais, pour avoir une vue aussi pauvrement écourtée, il faut ignorer le mécanisme par lequel se résout et se dissipe toute phlegmasie. Il faut ignorer que c'est par suite des actions physiologiques réaction-

nelles, qui surviennent après diverses spoliations sanguines ou humorales opérées ou déterminées par des évacuations sanguines, intestinales, rénales, cutanées, par la diète, le temps, que s'effectue la coction. Or, c'est à la suite de l'atténuation de nos fluides, après que les sucs graisseux ont été expulsés, que l'absorption prend un surcroît d'énergie, et c'est par elle alors que s'opère la résolution des matériaux de la phlegmasie.

Je n'entrerai pas dans la question de savoir si les eaux minérales agissent sur la composition du fluide sanguin ou lymphatique avant de se faire sentir sur les organes sécréteurs, quoiqu'il soit difficile aujourd'hui de ne pas admettre que les eaux alcalines, iodurées, bromurées et barytées fluidifient ces humeurs, tandis que les ferrugineuses les épaississent. Je me bornerai à dire que forcément nous sommes obligés d'admettre : que c'est par l'action purgative, diurétique ou diaphorétique que les eaux minérales exécutent leur effet thérapeutique ; effet complexe, puisque l'action médicatrice se montre d'abord révulsive, puis sédative, altérante, et finalement résolutive et éliminatrice. Tout autre mode d'action est aussi invraisemblable qu'il serait chimérique et inexplicable.

Jusqu'ici on a considéré les eaux sulfureuses comme les plus éminemment utiles contre les maladies cutanées. Serait-ce sur ce qu'un chien galeux de Jules César quitta la chasse pour aller se baigner et boire dans une mare de ces eaux, que se fondent encore les thérapeutistes ; ou serait-ce parce que ces eaux portent plus spécialement à la diaphorèse? Mais est-ce parce qu'elles contiennent plus de soufre ou qu'elles sont plus chaudes qu'elles sont plus sudorifiques? Rien ne le prouve ; tandis qu'il n'existe pas d'eau sulfureuse qui, par sa seule nature de liquide aqueux et par les quelques sels qu'elle contient, ne soit également diurétique. D'ailleurs, outre qu'il n'est pas prouvé que l'excitation et l'élimination cutanées soient plus favorables que les purgatifs et les diurétiques dans les maladies dartreuses, telles eaux qui poussent ainsi plus particulièrement à la peau peuvent être plus spécialement utiles dans le traitement de dartres très-anciennes ou à la fin d'un traitement; mais dans certaines autres et au début d'une médication, elles pourraient bien n'avoir d'autre effet que celui que j'ai pu constater, d'aggraver la maladie que l'on veut combattre. Au reste, n'a-t-on pas vu d'autres eaux que les sulfureuses guérir des maladies cutanées? Les salines, les alcalines, les acidules, ne comptent-elles pas aussi bon nombre de guérisons?

On classe encore de nos jours les eaux minérales suivant leur composition chimique, et, si cette manière de procéder a avancé leur

histoire naturelle, elle n'a pas fait faire de grands progrès à la pratique médicale, qui devrait désirer qu'elles fussent classées d'après leurs propriétés physiologiques et leur efficacité thérapeutique. De cette manière, on ne serait pas exposé à hésiter si l'on doit envoyer tel malade à telles ou telles eaux.

Il serait donc essentiel avant tout de s'assurer de la ligne de démarcation qui doit séparer les eaux qui épaississent ou qui fluidifient nos humeurs, c'est-à-dire les ferrugineuses des alcalines. Ensuite, connaître le degré des propriétés de chacune à ce sujet, et en même temps bien apprécier quelles sont celles qui, dans l'une ou l'autre de ces deux classes, sont plus particulièrement purgatives, diurétiques ou diaphorétiques.

Il en résulterait tout de suite pour le praticien cette conclusion, que les unes seraient plus spécialement destinées aux maladies asthéniques et les autres aux affections sthéniques, tandis que leur degré de puissance dans leurs propriétés primitives, comme dans leurs actions secondaires, indiquerait aussitôt que telle eau convient à la nature de l'affection comme à la sensibilité organique que l'on veut ou que l'on peut plus particulièrement atteindre chez tel ou tel malade. Jusque-là l'histoire thérapeutique des eaux minérales et les indications pratiques que l'on peut fonder sur elles seront un chaos dans lequel le hasard fera presque tout et la science presque rien.

En attendant néanmoins que le gouvernement veuille bien diriger ses regards vers des intérêts qui touchent à ce que l'humanité a de plus précieux, en attendant qu'il ordonne et fasse exécuter des travaux d'ensemble qui fournissent à la médecine pratique une classification physiologico-thérapeutique des eaux minérales, disons comment on peut, aujourd'hui, obvier à son défaut, et exposons ici comment l'expérience nous a permis de surmonter les difficultés de ce dénûment.

Les eaux minérales qui viennent sourdre dans le département des Basses-Alpes sont toutes salines et sulfureuses, froides ou thermales. Les froides sont particulièrement purgatives et diurétiques, et les thermales purgatives, diurétiques et diaphorétiques. Ces diverses actions agissent pour l'ordinaire isolément et successivement sur nos divers systèmes d'organes. C'est ainsi que l'effet purgatif se manifeste le premier, et que le diurétique ne survient que lorsque la tolérance du système digestif est établie. Toutefois, si le malade boit une grande quantité d'eau en débutant, les urines sont bien obligées de rejeter l'excès aqueux des boissons, et ce résultat peut en imposer. Mais, si on examine celles-ci attentivement, on voit bientôt qu'elles ne sont pas

critiques, qu'elles sont rendues, peu après l'ingestion, claires et limpides ; tandis que plus tard, dans le cours du traitement, ou même après l'usage des eaux, on trouve, le matin, dans le vase des malades, des énéorèmes ou des dépôts sédimenteux. Quant à l'effet sudorifique spécialement réservé aux eaux thermales, il ne survient aussi généralement qu'après l'action diurétique, lorsque l'excitation primitive des eaux est bien passée ou que leur usage a entraîné un certain affaiblissement ou tout au moins une détente notable dans la fibre organique.

Disons maintenant que cet ordre et cette succession des effets physiologiques des eaux minérales souffrent cependant plusieurs exceptions par la diversité des tempéraments et des conditions hygiéniques au milieu desquelles se trouvent divers sujets. C'est ainsi que quelques-uns, au lieu de subir l'effet purgatif des eaux, en sont constipés ; tandis que l'action diurétique ou sudorifique ne tarde pas à se manifester. Mais ces particularités trouvent souvent leur explication soit dans la forme ou la réfraction tout exceptionnelle des organes digestifs, soit dans l'usage simultané d'une nourriture tonique, de vins généreux, qui neutralisent les effets des eaux sur la membrane intestinale ; sans compter qu'on rencontre bien des individus qui possèdent un système d'organes non-seulement plus sensible que les autres, mais spécialement destiné par la nature de leur disposition constitutionnelle à servir d'émonctoire à toutes les phases critiques de leurs maladies. C'est ainsi que l'on voit des sujets chez qui une fièvre, une pneumonie, un rhumatisme se jugent toujours par les urines, chez d'autres par les sueurs, et chez d'autres par les évacuations alvines. Il s'agit donc peut-être, avant toutes choses, de mesurer la susceptibilité organique et physiologique de chaque individu, et de diriger vers la tendance qu'il manifeste les influences médicatrices critiques. C'est pour cette raison qu'une classification des eaux minérales, telle que je l'ai désignée, serait si éminemment utile à la pratique.

En outre, il existe encore un autre ordre de faits qui n'avait pas échappé à Bordeu, car il dit : « Il faut noter que la crise se fait assez facilement dans certaines affections et très-difficilement dans d'autres; ce qui fournit une distinction des maladies très-importante, qui doit être méditée sans cesse. » Enfin, la difficulté lui parut telle qu'il finit presque par conclure que, dans ce cas, mieux vaut abandonner le mal à la nature que d'employer des traitements discordants, confus et tumultueux. En fait, le premier surintendant des eaux d'Aquitaine avait raison ; mais, heureusement, lui et ceux qui l'ont suivi se sont trompés, parce que la réfraction à une solution critique tient moins à la maladie qu'à la disposition de l'organisme ou à la nature de la con-

stitution. Bordeu s'en doutait cependant, lorsqu'il ajoute plus bas que rien ne nuit tant à un travail d'excrétion que la sensibilité des nerfs, causée par les dispositions de l'âme. Il eût complété l'observation et serait peut-être arrivé aux conséquences pratiques qui doivent s'ensuivre, s'il avait remarqué que la situation de l'économie peut être telle, à cause des conditions hygiéniques qui nous entourent, du régime alimentaire que nous suivons, de la nutrition qui en résulte, que les facultés absorbantes et exhalantes sont neutralisées et partant les excrétions empêchées.

Eh bien, quoique ces faits apparaissent aujourd'hui dans le plus grand jour, les mêmes obstacles qui existaient du temps de Bordeu existent toujours, et des malades qui se trouvent encore au milieu de ces circonstances se montrent tellement réfractaires aux effets critiques des eaux minérales, qu'ils s'en retournent souvent comme ils y étaient allés, sans que personne semble s'être douté de cette cause, lors même qu'ils n'en rapportent pas un surcroît de leurs maux.

En effet, on admet les malades aux eaux et on leur en fait poursuivre l'usage à peu près toujours de la même manière, quels que soient le tempérament de l'individu, ses dispositions organiques, sa situation économique ou les conditions hygiéniques sous lesquelles il est placé. Toujours, sans préparation, il prend le bain, la douche, l'étuve, la boisson; séparément, uniquement, successivement ou simultanément, sans qu'on s'inquiète trop s'il est plus ou moins apte à recevoir les influences de ces divers modificateurs.

Tout cela se passe ainsi, bien que l'expérience montre tous les jours :

1° Que les eaux sont d'autant plus promptement salutaires que les individus qui viennent les prendre se trouvent plus profondément affaiblis, plus malades, dit-on vulgairement;

2° Que sur des personnes faibles, délicates, sensibles, impressionnables, on est quelquefois obligé d'en modérer l'action, et que chez certaines autres dans cette condition, elles sont à la fois et presque en même temps purgatives, diurétiques et sudorifiques.

Cette pratique ne change pas, quoique l'on sache depuis longtemps qu'il n'y a point d'évacuations critiques dans les maladies, à moins que le malade ne soit arrivé à un certain degré d'affaiblissement, de coction, comme disaient les anciens. On agit toujours de même, enfin, bien que l'on sache que, dans les résolutions fébriles générales comme dans les locales, les sécrétions et la suppuration sont toujours les dernières manifestations pathologiques qui annoncent le terme extrême d'une maladie ou d'une lésion.

Eh bien, personne ne s'est suffisamment aperçu que, pour obtenir

des eaux minérales des effets critiques faciles et selon les vœux de la nature, il fallait mettre l'organisme de ceux qui s'y soumettent dans des conditions telles qu'ils pussent en éprouver des actions physiologiques salutaires. Or, outre les faits précités qui conduisent la pratique à cette manière de voir, l'expérience montre encore, depuis longtemps, que le meilleur moyen d'arriver à la coction d'une maladie aiguë comme d'une chronique, d'exciter par conséquent, dans les mouvements internes de la vie, l'absorption et, par suite, les sécrétions critiques, c'était d'amener le malade à un état d'amaigrissement ou de faiblesse plus ou moins marqué. L'observation nous a prouvé encore qu'on arrivait d'autant plus facilement à ce but, que le régime diététique employé était plus approprié à la constitution, c'est-à-dire qu'il tendait plus efficacement à corriger la prédominance organique et humorale du sujet. En outre, les diverses diètes sèches, lactées, végétales, acidules, animalisées, qui sont employées dans ce but, renferment et constituent les médications altérantes les plus puissantes que l'art ait à sa disposition. Mais comme ces diètes entrent pour une très-grande part dans notre médication éliminatrice devant suppléer aux eaux minérales, nous en parlerons dans l'article suivant d'une manière spéciale. Il nous suffira, quant à présent, de faire comprendre qu'en les employant, non pas avec toute leur rigueur, mais pour disposer les vaisseaux absorbants et sécréteurs à se prêter à l'action des eaux, il en résultera deux conséquences très-importantes, qui doivent dominer la thérapeutique des eaux médicinales :

1° De faciliter chez plusieurs malades l'action physiologique des eaux, c'est-à-dire la coction ;

2° Tandis qu'on en assurera chez tous les véritables résultats thérapeutiques, c'est-à-dire des excrétions critiques.

En effet, si d'un côté l'action éliminatrice des eaux est favorisée par la disposition physiologique que le régime entraîne dans les appareils de sécrétion, si de l'autre elle apporte à la constitution des humeurs des modifications qui corrigent leur prédominance idiosyncrasique, il n'est pas douteux que ce concours d'une action altérante et de phénomènes critiques ne tournent tous au profit de la guérison, et n'éloignent encore les tendances morbides prédisposantes.

Ces conséquences théoriques auxquelles nous sommes arrivés dérivent toutes de faits pratiques qui se sont unis et liés de manière à ce que les uns ont produit et corroboré les autres. En effet, de ce que nous avons complété notre médication éliminatrice par l'étude des eaux minérales, nous avons perfectionné l'application thérapeutique de celles-ci par les phénomènes que nous ont manifestés les diètes alté-

rantes. Nous trouvant, d'ailleurs, tous les jours en face de ces constitutions réfractaires à l'action des eaux minérales, comme à une médication purgative éliminatrice dont nous parlerons aussi dans un article distinct, force nous a été d'en rechercher les causes et d'y remédier.

Enfin, au point de vue de la question des maladies dartreuses qui nous occupent plus particulièrement, en tant qu'il s'agira de produire ou de favoriser des évacuations critiques, il doit paraître évident que les eaux thermales, salines et sulfureuses, telles que les sources de Gréoulx, de Digne, d'Uriage, etc., qui viennent sourdre dans les Alpes, étant à la fois et plus particulièrement purgatives, diurétiques et sudorifiques, l'emporteront, comme le fait remarquer notre ami et ancien condisciple M. V. Gerdy, sur les autres eaux qu'on a exaltées à cause de leurs propriétés sulfureuses, et qui n'en ont presque pas d'autres; car les quelques sels qui y sont dissous sont si insignifiants par leur nature et leur quantité, qu'à peine doit-on en tenir compte dans la théorie des effets produits par ces eaux.

Au point de vue des faits que nous venons de parcourir, il est facile de comprendre qu'une eau purement sulfureuse peut être beaucoup trop excitante pour le système cutané; car, d'après Barbier, le soufre n'est qu'un stimulant diffusible. Mais les eaux salines et sulfureuses à la fois, dussent-elles avoir autant d'inconvénients que les eaux simplement sulfureuses, devront toujours atteindre bien plus complétement le but d'une médication évacuante éliminatrice. Dans tous les cas, il ne s'agira, pour certaines particularités individuelles, que d'obvier à l'effet excitant qui est commun à toutes ces eaux, et qui peut, comme nous l'avons dit, non-seulement s'opposer aux évacuations critiques, mais même à la résolution de la lésion pathologique. Or, on se souviendra qu'un régime diététique approprié à chaque prédominance idiosyncrasique corrigera mieux que quoi que ce soit cette réfraction organique, et rendra ainsi le premier choc médicateur des eaux moins fâcheux et plus en harmonie avec l'action physiologique que l'on veut d'abord solliciter.

Nous insistons d'autant plus sur ce fait que nos convictions sont plus arrêtées et plus profondes, et qu'il est plus facile de prévoir combien il serait avantageux, dans un établissement thermal où les repas sont pris en commun, d'organiser des tables spéciales sur lesquelles chaque régime alimentaire serait servi sous la surveillance immédiate du médecin. Là encore, ce qui est pénible isolément deviendrait un plaisir, par exemple, par l'encouragement mutuel, par l'enthousiasme même que fait naître l'espérance. Aussi je ne doute pas que des thermes qui organiseraient ainsi un système diétético-thérapeutique n'obtinssent

de brillants succès, des guérisons importantes, qui viendraient chaque jour s'inscrire et prendre place dans la science. DAUVERGNE.

DE LA SUETTE, DU MODE DE TRAITEMENT QU'IL CONVIENT DE LUI OPPOSER, ET DE LA COEXISTENCE DE CETTE MALADIE AVEC LE CHOLÉRA.

L'année 1849 sera pour la France une année néfaste entre toutes, pour les épidémies qui l'ont tour à tour ou simultanément flagellée; mais entre ces diverses épidémies, il faut distinguer surtout, et pour leur caractère insolite, et pour la gravité de leurs coups, et pour l'étendue de leur sphère d'action, la méningite cérébro-spinale, la suette et le choléra asiatique. Le temps n'est point encore venu d'étudier ces grandes influences morbides dans la succession de leur développement, leur coexistence simultanée, et l'action réciproque qu'elles ont pu exercer les unes sur les autres. Une telle étude ne pourra être entreprise, avec chance de succès, que quand tous les éléments qu'elle suppose auront été laborieusement colligés. En attendant que l'homme supérieur que ce travail appelle se mette à l'œuvre, qu'il nous soit permis, humble observateur, d'apporter quelques matériaux qui puissent servir à la construction de cette lamentable histoire.

Si l'on bornait son observation à ce qui vient de se passer ou se passe encore sous nos yeux, on serait porté à penser qu'il y a entre le choléra et la suette une connexion intime, et que l'un est à l'appareil tégumentaire interne ce que l'autre est à l'appareil tégumentaire externe. Cette vue, qui a été plus ou moins explicitement exprimée par MM. Bazin, Delmas, Leroux (de Marseille) et d'autres, contient peut-être quelque chose de vrai, mais ne saurait être admise d'une manière absolue. Si ces deux états morbides étaient identiques, s'ils dérivaient essentiellement d'une même influence, partout où cette influence s'est révélée, elle aurait donné lieu à cette double manifestation symptomatique. Or, il n'en est évidemment pas ainsi. D'abord, longtemps avant que le choléra asiatique fît irruption en Europe, la suette, nous disons la suette, telle que nous venons de l'observer, a régné en France. Sans parler des nombreuses épidémies locales de cette maladie qu'on trouve rapportées dans les anciens auteurs, il suffit de se reporter à l'année 1821 pour voir cette affection sévir avec une grande intensité dans une partie de l'ancienne Picardie ; plus tard, on l'observe également avec le caractère franchement épidémique dans la Dordogne, dans la Charente, et ailleurs. Or, dans ces diverses épidémies, la maladie est simple, et ne montre aucun lien de parenté avec le choléra.

D'un autre côté, si, sous l'influence cholérique actuelle, on a observé dans un grand nombre de localités la marche simultanée et du choléra et de la suette, il en est aussi un bon nombre d'autres où ces deux affections ont marché ou marchent isolément, et dans une complète indépendance.

Mais, s'il est bien démontré que la suette et le choléra ne se rattachent point à une constitution médicale identique, il n'en est pas moins incontestable que les deux influences auxquelles se lient comme effet ces deux maladies ont agi simultanément sur certains groupes de populations, et se sont révélées par leurs effets ordinaires. Maintenant, comment l'organisme a-t-il répondu à ces deux influences épidémiques, quand elles ont agi tour à tour ou simultanément? L'une a-t-elle mis à l'abri des effets de l'autre? Le mouvement excentrique de la suette a-t-il lutté contre le mouvement concentrique du choléra? Telle est une des plus intéressantes questions qui se posent à propos de la simultanéité des deux influences épidémiques. Nul doute que la triste expérience de ces derniers jours ne permette bientôt de résoudre, au moins en partie, cette question : nous-même nous rapporterons tout à l'heure quelques faits qui parleront dans ce sens ; mais auparavant, nous allons faire quelques remarques sur la suette considérée isolément.

Depuis que le choléra existe en France, la suette s'est montrée avec une assez grande intensité dans un bon nombre de localités ; mais, à nous en rapporter à la statistique nécessairement encore fort incomplète des journaux de médecine, il ne semble pas, d'une part, qu'elle ait eu une aussi grande extension que le choléra, et, de l'autre, qu'elle se soit montrée nulle part aussi grave qu'elle le fut en 1821 en Picardie, et, plus tard, dans les départements que nous avons indiqués plus haut. De l'observation de M. Rayer il résulte que le terme moyen de la mortalité des communes où la maladie s'est terminée d'une manière fatale, a été d'un mort sur 28 malades (1), et le maximum de 1 sur 22 et une fraction. Bien que cette mortalité ne soit pas considérable, si les choses se sont passées ailleurs comme dans le cercle de notre observation, dans les cas exempts de complication cholérique la mortalité ne devra point atteindre ce chiffre. Du reste, même dans l'épidémie de 1821, il y a eu un grand nombre de communes où la maladie se montra fort bénigne, et où l'on ne compta pas un seul cas de mort.

Nous ne décrirons pas méthodiquement cette épidémie ; l'ensemble

(1) *Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné en* 1821 *dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise*, page 248 et 249.

des phénomènes par lesquels la maladie se révèle à l'observation est connu de tous; nous nous contenterons à cet égard de quelques généralités, dans lesquelles nous reproduirons les symptômes principaux et les plus constants du mal. Ce qui caractérise essentiellement la suette, c'est évidemment la continuité et l'abondance des sueurs ; dans le cercle de notre observation, l'éruption miliaire n'apparaît que d'une manière tout exceptionnelle. Dans une foule de cas, les malades sont sans fièvre : mais alors même l'appétit est complétement éteint, et il y a le plus souvent de la soif ; à l'état saburral ou gastralgique se lie presque constamment une opiniâtre constipation. Quand la fièvre existe, on observe en même temps une céphalalgie plus ou moins intense : chez les individus sujets à la migraine, celle-ci éclate et s'accompagne de vomissements. Nous avons vu, dans un cas, ces vomissements spontanés mettre rapidement un terme à la maladie. Un phénomène que nous avons vu rarement manquer, c'est une oppression plus ou moins intense, et qui semble sous la dépendance de l'état de l'estomac. La durée de ces accidents est fort variable ; souvent elle ne dépasse pas quelques jours ; elle s'étend quelquefois à deux ou trois septénaires, et même plus. Ces cas sont partout où l'éruption miliaire apparaît. Quand la maladie a eu une certaine durée, elle laisse l'organisme en proie à une grande faiblesse ; dans quelques cas, l'état gastralgique survit aux accidents aigus, et disparaît difficilement. Telle est le plus ordinairement la physionomie générale de la suette, telle que nous l'avons observée. Malgré la bénignité de cet ensemble symptomatique, nous avons vu quelques malades terrifiés aux premières atteintes du mal. Dans la plupart de ces cas, cette terreur s'explique par l'effroi qu'inspire la peur d'une maladie plus grave coexistant avec celle-ci; mais il n'en est pas toujours ainsi ; dans quelques cas cette crainte de la mort semble se lier à l'impression de la cause de la suette sur le système nerveux. M. Rayer signale lui-même ce singulier phénomène, qu'il a eu plusieurs fois l'occasion d'observer. Voici l'esquisse rapide d'un fait où ce phénomène s'est manifesté de la façon la plus grave. M. G. de P. se livrait à la chasse au bois depuis quelques jours ; il est pris tout à coup de lassitude et d'une vague oppression ; il se met au lit immédiatement, appelle un prêtre, et veut recevoir sur-le-champ les sacrements de la religion. Le prêtre l'interroge, et veut savoir quels accidents si graves il éprouve qui lui font voir la mort si près de lui ; il ne peut tirer du malade d'autre réponse que celle-ci : je vais mourir. Or, savez-vous quels symptômes présentait alors M. de P... ? Rien de plus qu'une prostration très-grande, de la sueur et de l'oppression. Cependant la maladie se prolongea, ces accidents augmentèrent, une éruption eut

lieu, et des accidents sérieux, tels que délire, stupeur, se déclarèrent. Aujourd'hui le malade va mieux, mais il n'a point encore recouvré la santé. Ces accidents se lient-ils directement à la suette ? Non ; dans notre opinion, ils sont le résultat de la perturbation qu'excita dans l'organisme l'effroi du choléra dont M. de P. se croyait atteint. Dans les cas où nous avons observé ces tristes pressentiments que nous avons dit se lier à l'impression exercée sur l'organisme et venant de la cause de la suette, ces symptômes sérieux ne se sont jamais montrés du côté du système nerveux.

Quel traitement opposer à une maladie aussi bénigne dans ses symptômes, et qui tend, en général, d'elle-même à une solution favorable ? Évidemment, le traitement le plus simple. Pour nous, nous n'avons, dans aucun cas, fait de médecine active. Des boissons adoucissantes, légèrement acidulées, quand la soif était vive, le repos au lit, la diète, ont été presque constamment les uniques moyens sérieux que nous ayons opposés à la maladie. M. Rayer a fortement blâmé, dans le temps, les vomitifs dans cette affection ; mais il faut remarquer que c'était à une époque où la doctrine de Broussais fascinait les meilleurs esprits, et où des partisans ineptes de cette doctrine appliquaient jusqu'à trois cents sangsues à des malades atteints de suette simple. Il n'est pas un médecin aujourd'hui qui ne fût embarrassé d'indiquer les régions du corps où, en pareil cas, une si grande quantité de sangsues pouvaient se poser. Nous ne nous expliquons les scrupules du savant médecin de la Charité, à l'endroit des vomitifs ou des purgatifs, que par le temps même où ils ont été exprimés. Toutefois, nous pensons que, si ces moyens n'ont point le danger qu'on leur supposait fort gratuitement, ils sont loin d'être toujours nécessaires. Nous croyons même, et on verra tout à l'heure pourquoi, que quand la suette coexiste avec le choléra dans une localité, ils sont formellement contre-indiqués. Mais, dans tous les cas, nous le répétons, quand la maladie est simple, il faut lui opposer une médication simple comme elle, et se mettre en garde contre cette thérapeutique immodérée dont semblent se faire un jeu des médicastres qui déshonorent l'art.

M. le docteur Parrot s'est félicité, dans l'épidémie de la Dordogne, de l'emploi du sulfate de quinine dans un assez grand nombre de cas de suette ; d'un autre côté, un médecin observant sur le même théâtre, M. Galy, a prétendu que cette médication a été employée sans nécessité. S'il nous était permis de juger de ce qui s'est passé là par ce que nous avons vu à une autre époque et sur un autre théâtre, nous serions porté à croire que ce dernier médecin n'était pas complétement dans le faux. Dans nombre de cas, qui se sont terminés presque spontanément

d'une manière favorable, si nous avions employé le sulfate de quinine, il n'est pas probable que l'emploi de ce moyen eût fait varier le résultat ; et pourtant ce n'est pas à lui que nous aurions pu légitimement attribuer la guérison. Cependant il n'est pas douteux que le genre périodique ne s'ajoute parfois à la suette, et que ces cas n'appellent le sulfate de quinine ; en voici un exemple : La femme Pannier, âgée de trente-huit ou quarante ans, est prise brusquement de sueurs abondantes et continues, avec extinction complète de l'appétit, une constipation opiniâtre et un sentiment de profonde faiblesse. Elle reste huit jours environ dans cet état, sans que les divers moyens employés exercent la moindre influence sur ses souffrances. Elle se décide à entrer à l'hôpital. Dès lors elle reste au lit d'une manière constante, et est soumise à une diète complète. Nous remarquons, au bout de quelques jours, que cette femme ne sue guère que la nuit ; mais ces sueurs sont si abondantes qu'elles l'obligent à changer plusieurs fois de linge. Point de frisson initial marqué. Cependant nous faisons prendre à la malade cinquante centigrammes de sulfate de quinine le matin ; dès la nuit suivante, les sueurs diminuent. La même dose du sel de quinquina est donnée le lendemain et le surlendemain ; les sueurs cessent complétement ; l'appétit se développe, et la malade reprend en peu de temps et son teint normal, et les forces de la santé. Du reste, outre qu'une observation attentive des phénomènes de la suette doit presque toujours et facilement conduire à la distinguer d'une fièvre intermittente, ce diagnostic différentiel peut encore être heureusement aidé par l'odeur même de la sueur, qui, comme l'avait déjà remarqué M. Rayer, est une odeur franche de paille pourrie. Un de nos confrères, qui a observé un beaucoup plus grand nombre de cas de suette que nous ne l'avons pu faire nous-même, nous dit qu'à ce signe il reconnaîtrait entre mille un malade atteint de suette. C'est là un véritable diagnostic au flair.

Venons maintenant à la question si intéressante de l'influence que le choléra et la suette exercent l'un sur l'autre, quand cette double influence agit à la fois sur le même individu. D'abord, il n'est pas douteux que, quand le choléra guérit, cette solution favorable ne soit décidée, dans un bon nombre de cas, par un mouvement excentrique de la vie, qui se traduit par une diaphorèse abondante. D'un autre côté, combien d'individus n'a-t-on pas vus, sous l'influence cholérique, éprouver tout à coup un malaise indéfinissable, avec nausées, prostration profonde des forces, et être affranchis rapidement du danger qui les menaçait par des sueurs abondantes, spontanées ou provoquées ! Exemple : M. Mellion, limonadier à Paris, boulevard Bonne-Nouvelle, n° 1,

est pris tout à coup, un des jours du mois dernier, d'accidents semblables à ceux que nous venons d'indiquer. Il se met immédiatement au lit, boit le thé inévitable, et passe une partie de la nuit baigné de sueur ; il dort ensuite d'un sommeil tranquille, et se réveille le lendemain matin frais et dispos. Un des garçons de M. Mellion était mort, quelques jours auparavant, du choléra. Il n'est pas un médecin, nous en sommes sûr, qui n'ait observé des faits semblables. Inutile donc d'insister sur ce point.

Autre question : la suette met-elle à l'abri du choléra ? le choléra met-il à l'abri de la suette ? Nous croyons que, dès aujourd'hui, on peut hardiment répondre négativement à cette question. Déjà, en 1832, MM. Hourmann, Pinel-Grandchamp, Menière, envoyés par le gouvernement dans des localités ravagées par la suette et le choléra tout ensemble, ont vu la suette se développer chez des cholériques, tantôt au début, tantôt dans la convalescence de la maladie. Dans l'épidémie actuelle, des faits semblables ont été observés, et viennent confirmer les inductions de ces observateurs. Mais il ne s'agit pas ici d'une immunité absolue, et, la question ainsi posée, on a raison de la résoudre d'une manière négative. Cette solution doit-elle être la même, quand il s'agit de l'immunité simplement relative ? Voilà la véritable question à résoudre, et une statistique judicieuse fournira seule les données nécessaires à la solution de cet important problème. Quelle que soit cette solution, que nous ne voulons pas préjuger, nous allons citer quelques faits observés par nous ou par d'autres, qui établiront d'une manière positive que cette immunité au moins n'est pas absolue, et qu'en temps d'épidémie cholérique, les individus actuellement atteints de la suette, ou convalescents de cette maladie, offrent plus de prise peut-être au choléra que les individus placés dans d'autres conditions.

Le nommé Lambert, soldat au 17e léger, a été atteint à l'hôpital même d'une suette d'un caractère insolite. Pendant les premiers jours de sa maladie, il suait d'une manière constante ; mais bientôt ces sueurs diminuèrent, et cessèrent à peu près complétement le jour ; elles continuèrent, pendant près de trois semaines, d'avoir lieu toutes les nuits. Le malade était pris en même temps d'un violent étouffement et d'une sorte de terreur ; le pouls, d'ailleurs, restait calme, la peau n'avait point de chaleur excessive. Le sulfate de quinine, à doses élevées, fut en vain mis en usage ; le mal résista. Cependant Lambert sort un jour de l'hôpital, et se gorge de bigarreaux et de radis noirs. La nuit qui suit cette imprudence, le malade est pris de diarrhée ; vers dix heures du matin les vomissements s'y joignent ; puis la maladie marche, marche, avec son cortége de symptômes ordinaires ; bref,

Lambert meurt vingt-quatre heures après le début des accidents. Si ce malade n'avait point été sous l'influence de la suette quand il a commis l'imprudence que nous venons de signaler, cette imprudence aurait-elle eu des conséquences aussi graves ? Cela est certainement possible, mais non démontré ; ne s'est-il pas produit là une sorte de métastase funeste ? Même à propos de ce fait, ces questions peuvent certainement être posées ; mais elles peuvent l'être bien plus légitimement encore à propos des faits suivants, que nous ne pouvons qu'esquisser d'une manière rapide.

Un homme d'une constitution très-forte, et habitant la campagne, est atteint de suette. Celle-ci est à peine terminée, que cet homme quitte son lit, et va dans son jardin, pieds nus, planter et arroser des choux. Il éprouve rapidement du froid, se remet au lit, et l'on voit se développer chez lui tous les symptômes du choléra, qui l'emporte en quelques heures. Une femme, dans les mêmes conditions, va laver à la fontaine, et subit le même sort. Un homme, encore sous le coup de la suette, se gorge d'aliments indigestes, est pris immédiatement de vomissements, de diarrhée, de crampes, et meurt au bout de quelques jours, au milieu de la réfrigération cholérique. Deux jeunes médecins, dont le nom m'échappe en ce moment, et qui sont généreusement venus au secours de la petite ville de Sézanne, affreusement décimée par le choléra, ont vu plusieurs cas semblables, et sont restés convaincus, comme nous, que tout stimulus anormal porté sur le tube digestif, ou toute sédation brusque exercée à la surface de la peau, pendant l'æstus de la suette et sous l'influence cholérique, est funeste, et peut réaliser immédiatement le choléra. C'est là le motif qui tout à l'heure nous faisait redouter l'influence des éméto-cathartiques dans la suette, mais seulement chez les individus qui sont en même temps et actuellement soumis à l'influence cholérique. Il semble qu'il y ait entre la suette et le choléra une sorte d'antagonisme, qui, en tant qu'on se bornerait aux symptômes, autoriserait jusqu'à un certain point cette proposition : En temps d'épidémie de suette et de choléra simultanés, l'interversion du mouvement fluxionnaire essentiel à ces deux affections est heureuse ou funeste suivant qu'elle dirige celui-ci vers la peau ou l'appareil tégumentaire interne. Notez bien que nous ne parlons que des symptômes, non du fond, de l'essence même de ces maladies ; car ici tout est inconnu, et à peine si leurs manifestations nous permettent à cet égard les plus timides conjectures. Quoi qu'il en soit, les faits que nous venons de rappeler n'en ont pas moins une valeur réelle, et peuvent, dans certains cas, diriger utilement la pratique. C'est en vue de cet intérê que nous avons cru devoir les produire ici.

Mais ce qui tend à donner à ces faits une plus grande valeur encore, c'est l'observation qu'a faite dernièrement M. Perdrigeon du Verrier, dans la commune de Villejuif. Là, une grande partie de la population fut atteinte de la suette. Or, suivant la remarque de ce jeune médecin, bien que le choléra existât en même temps que la suette, ceux-là seuls qui étaient atteints, ou avaient été atteints de suette, furent frappés du choléra, qui s'exposèrent à un refroidissement subit. Ces faits, auxquels l'auteur donne une plus large signification que nous ne serions tenté de le faire, confirment au moins la conclusion plus restreinte à laquelle nous sommes arrivé précédemment.

Peut-être cette conclusion même, toute limitée qu'elle soit, est-elle encore un peu prématurée ; nous n'avons pas craint cependant de la formuler ici. Nous ne savons si l'avenir en confirmera la justesse ; dans tous les cas, elle tend à empêcher la thérapeutique de s'égarer, dans une maladie où une erreur est difficilement réparable ; et si, comme l'a dit Zimmermann, la médecine est *une sorte de prudence*, nos réflexions, à cet égard, resteront au moins marquées de ce caractère.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

COUP D'OEIL SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES ET EN PARTICULIER SUR L'EMPLOI DE LA COMPRESSION ; NOUVEL INSTRUMENT COMPRESSEUR.

Personne ne saurait contester que l'introduction de la méthode d'Anel dans le traitement des anévrysmes n'ait été un très-grand progrès et n'ait fait une espèce de révolution dans la thérapeutique de ces graves affections. Quand on songe que l'un des plus grands chirurgiens des temps modernes, Boyer, proposait encore, il y a vingt ou trente ans, l'ouverture du sac, comme la méthode opératoire la plus sûre et la plus efficace, il faut bien reconnaître que la ligature pratiquée suivant la méthode d'Anel constitua une grande et sérieuse amélioration dans la pratique généralement suivie par les chirurgiens. Mais, par la facilité de son exécution, par sa commodité même, cette opération devait faire oublier des méthodes anciennes, moins brillantes, il est vrai, mais aussi plus sûres et moins dangereuses pour le malade, nous voulons parler surtout de la *compression*.

Appliquée au traitement des anévrysmes, la compression peut être employée suivant trois modes différents ; premièrement, sur la tumeur même ; secondement, entre la tumeur et le cœur ; troisièmement enfin,

entre la tumeur et les capillaires. Nous n'avons rien à dire du troisième mode, qui ne convient qu'à des cas tout à fait exceptionnels; et, quant au premier, nous ne nous y arrêterons pas davantage. Nul doute, en effet, que si la compression n'a pas été appréciée à sa juste valeur dans le traitement des anévrysmes, c'est qu'on a confondu la compression de la tumeur anévrysmale avec la compression du tronc artériel; et malgré les succès obtenus par Guattani de cette compression directe, aidée du repos, de la diète et de l'emploi des saignées, nul doute, si elle eût été seule, que la compression n'eût été définitivement effacée du nombre des méthodes curatives des anévrysmes. Mais en doit-il être de même de la compression pratiquée à une certaine distance du sac, entre le cœur et la tumeur, sur le trajet du tronc artériel principal qui l'alimente? Nous croyons devoir protester contre l'injuste proscription qui a frappé cette dernière méthode.

D'abord, s'il est un fait bien établi, c'est qu'en comprimant, avec le doigt seulement, l'artère principale du membre sur lequel siége un anévrysme, non-seulement on suspend les battements, mais encore la tumeur diminue assez notablement de volume. Supposez par la pensée que vous puissiez suspendre ou du moins ralentir très-notablement la circulation du sang dans la tumeur pendant un temps assez long, rien ne s'opposera à ce que la portion de ce liquide qui stagne dans le sac anévrysmal perde sa fluidité, et se transforme en caillot bientôt assez résistant pour soutenir l'impulsion du sang lorsque la compression sera supprimée. Mais il est une autre raison plus puissante qui eût dû fixer davantage l'attention des chirurgiens sur la compression pratiquée entre le cœur et la tumeur. Cette raison, la voici : *Toute curation des anévrysmes est subordonnée à l'établissement de la circulation collatérale.* Or, par quel procédé pourrait-on rétablir plus rapidement la circulation collatérale, sinon avec la compression? Dubois en avait si bien senti l'importance, qu'il faisait précéder la ligature de l'application de la compression, dans le but de faciliter la dilatation des artères collatérales.

Des raisons puissantes militent donc contre l'exclusion de la méthode de la compression; mais ce qui est plus étonnant, c'est que des succès remarquables avaient été obtenus par cette méthode dans la pratique des chirurgiens modernes les plus célèbres, et que ces succès ont été perdus non-seulement pour les chirurgiens eux-mêmes, mais aussi pour leurs contemporains. Non-seulement on avait vu réussir la compression dans des cas où la ligature n'avait pas été suivie de la cessation complète des battements dans la tumeur, mais encore Richerand avait rapporté, dans le grand Dictionnaire des sciences médicales, le fait

d'un marchand épicier de l'île Saint-Louis, qui s'était guéri lui-même d'un anévrysme poplité, en une année, par le repos au lit, l'abstinence, des saignées répétées, et la compression exercée sur l'artère fémorale à l'aide d'un instrument particulier. D'un autre côté, Dupuytren, dans ses leçons orales, avait relaté deux cas d'anévrysme de la même artère, dans lesquels il ne put pratiquer la ligature à cause de la pusillanimité des malades, et qu'il traita avec succès par l'application du compresseur qui porte son nom. Soit que Dupuytren n'eût pas attaché une grande importance à ces faits, soit qu'il les eût regardés comme purement exceptionnels, toujours est-il qu'ils étaient complétement oubliés, lorsque Todd, en 1820, mais surtout les chirurgiens irlandais, Hutton, en 1842, Cusack, Bellingham, Porter, Allan, etc., etc., dans les années suivantes, vinrent, par de nombreux exemples, démontrer la possibilité de guérir les anévrysmes par la compression.

Les faits de guérison par la compression se sont tellement multipliés dans les recueils scientifiques anglais, depuis cinq ou six ans, qu'il nous serait bien difficile d'en donner une statistique exacte et complète; mais nous voyons, dans un relevé de M. Bellingham, publié en 1845, qu'à cette époque on connaissait déjà vingt-neuf cas d'anévrysmes traités par la compression, à savoir : six anévrysmes de l'artère fémorale, et vingt-trois anévrysmes de l'artère poplitée; que, sur les vingt-neuf cas, il en était quatre dans lesquels la ligature avait été pratiquée, en définitive, par défaut de confiance dans la compression de la part du malade ou du chirurgien, et vingt-cinq suivis de guérison complète, dans un temps variable de quelques jours à six semaines.

Ces résultats indiquent naturellement que la compression a été jugée, par tous les chirurgiens, être surtout d'une application facile et d'une grande utilité dans les anévrysmes de l'artère poplitée et de l'artère fémorale. La position superficielle de cette dernière artère, la facilité avec laquelle on peut exercer sur elle cette compression, rendent parfaitement compte de cette circonstance. Mais nous pouvons dire que des faits récents ont mis hors de doute tous les avantages de cette méthode, non-seulement pour les anévrysmes des membres inférieurs, mais aussi pour ceux des membres supérieurs.

Quelle objection peut-on opposer à l'emploi de la compression comme méthode générale? elle ne nécessite pas l'intervention de l'instrument tranchant; elle est mieux disposée pour faciliter le développement de la circulation collatérale; elle expose moins que la ligature à certains accidents, tels que la gangrène et l'inflammation du sac, si communes dans les cas où la ligature est pratiquée pour des anévrysmes très-volumineux; elle ne peut jamais être suivie d'hémorrhagies con-

sécutives ni de la section de l'artère sans formation de caillot, ainsi qu'on en voit malheureusement trop d'exemples, surtout lorsque les parois artérielles sont malades ; autrement dit, elle est seule applicable aux anévrysmes anciens et volumineux et aux cas de maladie des parois artérielles (1). Enfin, lorsqu'on est forcé de renoncer à la compression, les chances de la ligature n'ont pas diminué ; au contraire, elles ont augmenté par la dilatation provoquée des artères collatérales.

Tel est le côté favorable de la compression ; mais nous devons ne rien cacher des objections graves que l'on fait à son emploi. « *Cette méthode*, dit-on, *réclame un temps très-long pour la guérison ; elle est très-douloureuse, tellement douloureuse qu'un grand nombre de malades n'ont jamais pu s'y soumettre jusqu'à la fin.* » Nous reconnaissons sans difficulté que la compression réclame un temps un peu plus long que la ligature, quoiqu'il soit rare de voir la ligature être tombée et la plaie entièrement guérie avant le trentième ou quarantième jour, et quoique nous puissions citer des cas de guérison d'anévrysmes par la compression en onze, dix, huit jours, et même en quelques heures. Mais n'est-ce donc rien que d'obtenir une guérison complète sans faire courir aux malades aucune des chances défavorables qu'entraîne après elle la ligature ? Reste donc la douleur : oui, la compression occasionne de la douleur, et réclame de la part du malade du courage et de la résolution. Ce sera là, sans doute, le plus grand obstacle à la généralisation de cette méthode curative. Mais encore ne faut-il pas s'exagérer cette circonstance. S'il était nécessaire, comme on le croyait autrefois, de déterminer l'oblitération de l'artère au niveau du point comprimé ; s'il fallait interrompre complétement la circulation du sang dans le tronc artériel ; si la compression, pour être efficace, devait être absolument permanente et toujours au même degré et au même lieu, on pourrait dire que la compression ne serait applicable que dans des circonstances exceptionnelles, et chez des individus d'une sensibilité très-obtuse ou d'une résolution énergique. Mais il n'en est pas ainsi. Ce n'est pas par l'oblitération de l'artère au niveau du point comprimé, mais bien par le ralentissement de la circulation et la

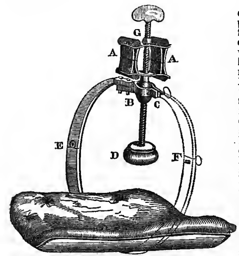
(1) Il ne faut pas croire, ainsi qu'on le voit trop souvent consigné dans les ouvrages classiques, que la ligature d'une grosse artère est une opération d'une gravité médiocre. Crisp a rassemblé dans son Traité des maladies des artères 206 cas d'anévrysmes fémoraux et poplités. Sur ce nombre, 185 ont été opérés par la méthode d'Anel, et 48 de ces opérations, c'est-à-dire le quart des cas ont été suivis d'accidents graves ou mortels, à savoir, 38 décès par suite de l'opération ; 10 guérisons après amputation consécutive ; 3 guérisons après gangrène du sac, et 2 guérisons après gangrène des téguments ou des orteils.

coagulation du sang dans la tumeur que la compression guérit les anévrysmes. Cette compression n'a pas besoin d'être poussée jusqu'à la suspension complète des battements de la tumeur, au moins si cette suppression est suivie de douleurs très-vives (la guérison est un peu plus lente dans ces derniers cas, mais le succès n'est pas moins certain). Dans les premiers temps, l'appareil compresseur n'a pas besoin d'être maintenu continuellement ; seulement, le malade doit chercher à le garder autant que possible. Enfin, il est une modification apportée à ce traitement par un malade de M. Harrison, modification qui a changé presque entièrement la face de cette méthode curative, et qui rend accessible à cette méthode le plus grand nombre des tumeurs anévrysmales ; elle consiste à substituer à la compression permanente *sur un seul point*, un compression permanente *alternative* exercée *sur divers points du trajet de l'artère*, entre le cœur et la tumeur. En plaçant deux ou trois instruments à certaine distance l'un de l'autre, en les serrant et les relâchant alternativement dès que la compression devient douloureuse sur un point, on évite d'interrompre la compression et on abrége considérablement la durée du traitement.

Par ce qui précède, il est facile de comprendre qu'il n'est pas indifférent d'employer tel ou tel instrument compresseur. Les conditions principales que cet instrument doit remplir sont les suivantes : il doit ne comprimer que sur un point aussi limité que possible ; de cette manière, on évite les douleurs et on prévient aussi la stagnation du sang veineux, le refroidissement des extrémités et le sphacèle, il doit ensuite être d'un mécanisme très-simple, afin que le malade puisse l'appliquer et le relâcher lui-même ; il doit enfin permettre au malade de se déplacer dans son lit, sans dérangement dans la compression. A ce titre, nous croyons devoir faire connaître l'instrument ingénieux inventé par le docteur Carte, instrument qui présente le grand avantage de substituer à une force inflexible, une force élastique qui s'accommode à tous les mouvements des parties comprimées, sans cesser d'agir ou sans produire une pression trop violente, comme le font les autres appareils, suivant les positions diverses que prennent les malades.

Un mot encore sur le point de l'artère sur lequel doit porter la compression. A une époque où l'on croyait que la compression avait pour résultat d'oblitérer l'artère, on cherchait à la rapprocher autant que possible de la tumeur. Mais aujourd'hui que l'on connaît mieux le mécanisme de la compression, on peut l'exercer même à une grande distance de la tumeur, sans crainte de compromettre le succès, et placer l'instrument sur le point du membre où la compression paraît le plus efficace et le moins douloureuse. Inutile de dire que la compression doit être

aidée d'un repos absolu au lit, d'un régime sévère sans être débilitant, et que le malade doit s'armer de patienee et de résignation pour un temps qui peut être de quelques jours dans les cas heureux, mais qui, dans des cas moins favorables, peut être d'un mois ou d'un mois et demi. Peut-être hâterait-on la guérison pour les anévrysmes poplités en mettant le membre inférieur dans la flexion sur le bassin. On sait que cette flexion a pour résultat de diminuer les battements dans l'artère fémorale, et on assure que eette seule position aurait réussi dans eertains cas à faire obtenir la guérison de véritables tumeurs anévrysmales.



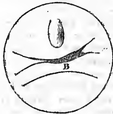
A, A, Bandes de caoutehoue maintenues à leurs parties supérieure et inférieure par des lames d'ivoire. B, Sphère traversée librement par une longue vis mâle, se terminant dans un eoussinet D propre à comprimer le vaisseau, et eercle métallique propre à maintenir eette sphère. C, Vis de pression pour fixer la sphère dans son enveloppe. D, Coussinet pour comprimer le vaisseau. E, Charnière permettant à la principale pièee de l'instrument de s'ouvrir et d'être ainsi d'une application plus faeile et plus prompte (quand eette pièce est en forme de tourniquet en demi-eercle). F, Agrafe pour fixer l'iostrument, quand la pièee prioeipale est formée d'un eercle complet. G, Lame supérieure ct mobile offraut une vis femelle à son centre, laquelle est le point d'appui de la longue vit mâle unie au coussinet. En tournant eelle-ei, une fois que le eoussines porte sur la partie à eomprimer, on tend à allouger les bandes de caoutchoue, dont la force élastique est ainsi mise en aetion et repousse le coussinet eontre le vaisseau à comprimer.

En résumé, il résulte de ce qui préeède que la eompression, considérée comme méthode curative des anévrysmes, est une méthode puissante, efficace, qui n'a pas été appréciée à sa juste valeur ; qui peut être employée eomme méthode générale dans tous les anévrysmes des membres, et surtout dans le eas d'anévrysmes aneiens, volumineux, avec maladie des parois artérielles ; et qui, lorsqu'elle ne réussit pas à produire une euration définitive, est plutôt favorable que défavorable aux malades par le développement qu'elle donne à la circulation collatérale du membre.

REMARQUES SUR UN AVORTEMENT PROVOQUÉ AVEC SUCCÈS DANS UN CAS DE RÉTRÉCISSEMENT EXTRÊME DU VAGIN.

Le rétrécissement du vagin peut-il mettre un obstacle insurmontable à l'accomplissement de l'accouchement? Peut-il être, en quelques circonstances, une indication de pratiquer l'accouchement artificiel prématuré, ou même l'avortement? Telles sont les importantes questions que soulève un fait récemment publié dans la Gazette médicale de Londres. Si l'on consulte à cet égard les auteurs les plus récents qui ont écrit sur l'obstétrique, on voit que, pour eux, les brides, les diaphragmes, percés ou non d'un pertuis, les cloisons longitudinales ou transversales, et dans quelques cas les rétrécissements tels que le vagin peut admettre à peine une plume à écrire, constituent des dispositions qui doivent être abandonnées à la nature, qui cèdent aux progrès de la grossesse et aux modifications que le travail fait subir aux parties molles. Ainsi, par exemple, dans un fait qui appartient à M. P. Dubois, chez une jeune fille de seize ans, qui vint à l'hôpital un peu avant terme, le vagin était cloisonné, au milieu de sa longueur, par une membrane résistante, sur laquelle le doigt ne sentait aucune ouverture, mais qui toutefois présentait, comme on pouvait s'en assurer au spéculum, un petit pertuis à son centre A, dans lequel on pouvait faire pénétrer une sonde ordinaire, ainsi que le montre le dessin ci-joint copié sur nature par notre habile confrère M. Chailly-Honoré. La sonde arrivait dans une chambre postérieure, libre; et, au moment de l'accouchement, le pertuis se distendit assez pour permettre l'issue du fœtus. Quinze jours après, le doigt pénétrait facilement dans l'ouverture B, et arrivait dans la chambre postérieure, mais serré encore de toutes parts par le diaphragme, ainsi qu'on peut le voir dans la planche ci-jointe, représentant la modification apportée à ce diaphragme par l'accouchement. Peut-on cependant se confier aux ressources de la nature lorsque ce rétrécissement, au lieu d'être borné à une partie du vagin, en occupe la totalité, et surtout lorsque ce rétrécissement est porté à l'extrême? Ne serait-il pas prudent de favoriser la dilatation de ce canal par l'introduction d'éponges préparées ou d'autres corps dilatants, comme on l'a déjà fait avec succès? et lorsqu'on ne pourrait obtenir ainsi la dilatation, ne pourrait-on





avoir recours à l'accouchement artificiel prématuré, à l'avortement même en pareil cas?

L'affirmative paraît résulter du fait suivant :

Obs. Une femme de trente-quatre ans, qui avait eu déjà un enfant trois ans auparavant, chez laquelle le travail avait duré vingt-quatre heures, et avait été terminé par la crâniotomie, avait eu, à la suite, une escarre de la paroi postérieure du vagin, qui avait ouvert le rectum. Grâce aux soins qui lui furent donnés par M. Oldham, à l'hôpital de Guy, elle guérit; mais pendant son séjour à l'hôpital elle fut prise du typhus. Pendant cette maladie, la cicatrice de la paroi postérieure du vagin se déchira de nouveau, et les matières fécales recommencèrent à passer par le canal vaginal. Elle se rétablit de cette nouvelle maladie; et à mesure qu'elle marchait vers la convalescence, la cicatrisation de la fistule recto-vaginale faisait continuellement des progrès. Seulement, la perte de substance qui résultait du sphacèle de la partie inféro-postérieure du vagin en arrière, et, en avant, de la destruction d'une portion de la paroi inférieure de l'urètre, entraîna la formation d'une bande annulaire de tissu cicatriciel très-dur, qui rétrécit considérablement l'orifice du vagin. Cette femme quitta l'hôpital, parfaitement guérie, et prévenue par l'accoucheur du danger que pouvait lui faire courir un nouvel accouchement. Elle ne tarda pas, cependant, à devenir enceinte, quoique la cicatrice placée à l'entrée du vagin mît certainement obstacle à la pénétration de l'organe sexuel de l'homme. Elle était enceinte de trois mois, lorsqu'elle entra de nouveau dans l'hôpital. Le vagin était excessivement rétréci, au point qu'il pouvait admettre à peine la première phalange de l'index; et, sur un point, la cicatrice présentait un rebord mince et tranchant. Quelques débridements, que M. Oldham pratiqua sur le tissu cicatriciel, ne tardèrent pas à le convaincre que l'on ne pouvait rien obtenir de ce moyen. Il se décida, en conséquence, à recourir à l'avortement. Il donna, sans succès, dans ce but, des lavements de seigle ergoté, introduisit ensuite la sonde utérine dans l'intérieur de l'organe, et lui fit exécuter quelques mouvements de rotation, sans obtenir autre chose qu'un écoulement blanchâtre, et quelques douleurs dans les reins et dans le bas-ventre. L'électro-magnétisme ne réussit pas mieux : un des conducteurs étant placé sur la partie inférieure du sacrum, et l'autre sur le fond de l'utérus, on obtenait de violentes contractions des muscles abdominaux, mais rien du côté de l'organe utérin. Vingt-six jours s'écoulèrent dans ces tentatives répétées, faites sans succès. Ce fut alors que M. Oldham se décida à ponctionner les membranes; il ne s'écoula que quelques gouttes de sang et de sérosité. Pendant cinq ou six jours on put craindre que l'avortement n'eût pas lieu; cependant le travail se déclara, il marcha régulièrement. Trois heures après, on pouvait sentir, dans la partie supérieure du vagin, le cordon ombilical et une jambe du fœtus. Pour hâter le travail, on crut devoir faire quelques tractions sur ce membre; mais il se détacha à l'articulation de la hanche. On voulut tirer sur le membre opposé, il en fut de même. Le tronc du fœtus et les bras restaient seuls dans le vagin, retenus par la cicatrice; ils étaient mollasses et glissaient sous le doigt qui voulait les saisir; peu à peu cependant, on vint à bout, avec l'index, d'aplatir et d'exprimer le fœtus; le doigt pénétra dans l'intérieur du crâne, qu'il vida. A la longue, la tête et le tronc franchirent l'orifice cicatriciel, qui n'avait

pas cédé le moins du monde pendant le travail. Le placenta suivit de très-près l'expulsion du fœtus. L'avortement était terminé huit heures après l'établissement des douleurs. La malade s'est parfaitement rétablie.

Cette observation nous paraît mériter quelques réflexions. En effet, si la nature du rétrécissement, résultant d'une perte de substance considérable, rendait difficile la dilatation de ce conduit, surtout pour le passage d'un fœtus à terme; si, par conséquent, l'art était autorisé à intervenir, n'aurait-on pu reculer le moment de provoquer le travail jusqu'à l'époque où le fœtus eût été viable, c'est-à-dire recourir à un accouchement artificiel prématuré, au lieu de pratiquer l'avortement?... Mais quand on songe aux conditions mêmes du travail; quand on voit qu'il a fallu en quelque sorte pétrir le fœtus pour le faire passer à travers la filière de la cicatrice, on doit être bien convaincu qu'un accouchement prématuré eût présenté des dangers immenses, eût nécessité des débridements fort étendus, et eût entraîné des déchirures dans les parties génitales externes. L'accouchement artificiel prématuré n'eût donc pas vraisemblablement sauvé cette femme. Mais, en présence des lois françaises, qui punissent sévèrement l'avortement, surtout lorsqu'il est pratiqué par l'homme de l'art, il est possible que nos confrères eussent été fort embarassés dans un cas pareil. Pour nous, il nous semble que toute la criminalité de l'action étant dans le but, du moment que l'avortement est pratiqué pour sauver la vie de la mère, compromise par un accouchement futur, le médecin peut être autorisé à recourir à l'avortement, comme à l'accouchement artificiel prématuré, en s'entourant seulement des lumières de ses confrères, afin de se mettre à l'abri des reproches et des calomnies qui pourraient l'atteindre après une opération de ce genre, surtout si cette opération n'était pas suivie de succès.

En Angleterre, l'accouchement artificiel prématuré et l'avortement sont pratiqués, tous les jours, dans les cas difficiles, lorsque les proportions du canal utéro-vaginal ne sont pas en rapport avec le volume du fœtus. En France, l'accouchement artificiel prématuré a pu, seul, être naturalisé jusqu'à ce jour; encore faut-il dire que la plupart de nos accoucheurs montrent, sous ce rapport, la plus grande timidité. Quant à l'avortement, il a été rejeté presque partout. (M. le professeur Dubois l'a seul employé dans un cas de rétrécissement extrême du bassin.) Si nous sommes loin de partager les opinions des accoucheurs anglais, qui y recourent peut-être avec légèreté, nous ne pouvons admettre que, dans le cas où l'accouchement artificiel prématuré est impossible, on attende le commencement du travail à terme, pour pratiquer l'opération césarienne ou la symphyséotomie. Ces deux opéra-

tions sont, par elles-mêmes, tellement graves, qu'il y a certainement de l'inhumanité à les infliger à une malheureuse femme ; d'autant plus que, s'il est un principe parfaitement établi dans les lois divines et humaines, c'est que la vie de l'enfant passe toujours après celle de la mère.

PHARMACIE ET CHIMIE.

NOUVEAU MODE DE BROYAGE ET DE TRITURATION (séboulation) APPLICABLE A CERTAINES PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES.

Dans les ateliers de l'Etat où l'on fabrique la poudre de guerre, on pulvérise le charbon qui entre dans la composition de celle-ci à l'aide d'un appareil tout particulier, qui consiste dans de grands tonneaux tournant sur leur axe et dans l'intérieur desquels évoluent des boulets de fonte nommés *gobilles*. On arrive par ce procédé à réduire le charbon en poudre excessivement ténue, et avec une grande rapidité.

Depuis longtemps quelques rares pharmaciens, modifiant ce mode de division dans son exécution et sa destination, remplaçaient les tonneaux par une simple sébile, les gobilles par un boulet unique, et, au lieu d'une poudre, ne lui demandaient que le broyage des amandes dans la préparation du sirop d'orgeat. Cette pratique, étant peu suivie, n'était point mentionnée dans les ouvrages de pharmacie.

Un pharmacien distingué de Dijon, M. Thévenot, vient de publier dans le Journal de Pharmacie, sur ce mode de broyage, qu'il propose d'étendre à diverses préparations pharmaceutiques qui exigent une trituration prolongée, un article fort intéressant que nous allons analyser.

Et d'abord, donnons la description de l'appareil employé par notre confrère dijonnais.

Les sébiles sont celles que l'on trouve dans le commerce ; elles sont en bois de hêtre; ce qui n'exclut pas, au contraire, celles formées d'un bois plus compacte, et même celles en pierre ou en métal. On les choisit de la capacité de douze litres environ ; leur intérieur doit former une concavité hémisphérique et être bien lisse ; leurs bords doivent être, autant que possible, infléchis, pour deux raisons : la première, pour éviter la projection du boulet au dehors ; la seconde, pour parer à la perte d'une partie de la matière qui, lorsqu'elle est molle ou mêlée de liquide, peut être chassée au dehors, tandis qu'elle est rejetée vers le centre par le seul fait de l'inflexion, lorsque celle-ci existe. Le fond de la sébile ne doit être ni trop conique, ni trop évasé.

Pour plus de solidité et pour son maniement, la sébile doit être ferrée. La ferrure consiste en trois lames qui passent sous le fond et viennent se réunir à la partie supérieure, où elles forment poignées. Une bande circulaire maintient les trois premières.

Le boulet est le plus souvent un boulet ordinaire en fonte, du poids de 6 kilogr. ou environ. Mais il peut varier de nature et de volume; ainsi il peut être en bois ou en pierre. Généralement le premier est le plus convenable.

Le mouvement que l'on imprime au boulet est de deux sortes : ou on le chasse alternativement en avant et en arrière en tenant les poignées de la sébile, et en lui communiquant des secousses un peu brusques; ou, et c'est le mouvement le plus ordinaire, on le fait tourner circulairement.

La première fois qu'on veut faire manœuvrer l'appareil, fait remarquer M. Thévenot, on éprouve quelque difficulté, parce qu'il faut un certain accord entre le mouvement circulaire que l'on imprime à la sébile et le mouvement rotatif partiel du boulet, et que presque toujours on donne des secousses en désaccord avec ce double mouvement. Il est vrai, ajoute-t-il, que l'apprentissage n'est pas de longue durée, car il suffit souvent de quelques minutes pour s'apercevoir qu'il faut se laisser guider par l'impulsion du boulet, ce qui rend, il faut le dire, le travail tellement facile, lorsque la matière n'est pas trop pâteuse, que l'opération ressemble plutôt à un jeu qu'à un travail.

Tous les autres détails manuels du procédé sont bien vite appris par la pratique même.

Voici maintenant les préparations pharmaceutiques auxquelles ce nouveau mode est applicable.

Sirop d'orgeat. Les amandes (doses du Codex) sont broyées dans la sébile en trois fois, en mettant chaque fois le tiers du sucre et de l'eau prescrits pour faciliter l'opération.

La sébile et le boulet peuvent également servir au broyage des amandes destinées à la préparation en grand des émulsions, des blancs-mangers, des cosmétiques, etc.

Chocolat. La nouvelle méthode peut être appliquée au broyage du cacao ; mais aujourd'hui que les moyens de fabrication du chocolat sont si perfectionnés, M. Thévenot croit ne devoir la proposer que pour la mixtion de substances médicamenteuses à la pâte de chocolat. Il est bien entendu que dans ce cas la sébile et le boulet devront être échauffés.

Cérats. La cire étant fondue, on la verse dans la sébile et on y met en même temps le boulet sans qu'il soit besoin d'échauffer préalablement

le tout par l'eau bouillante, comme cela est nécessaire pour le batta au mortier, et cela parce que les grumeaux qui se forment sont écrasés avec la plus grande facilité par la pression énergique du boulet. On ajoute l'eau de roses à la manière accoutumée.

M. Thévenot conseille l'addition aux doses du Codex de 15 grammes de blanc de baleine en été pour donner plus de consistance au cérat, et l'emploi d'un boulet en pierre pour la plus grande blancheur du produit. Par ce moyen, la préparation du cérat demande 2/3 moins de temps que par le procédé ordinaire. Le cérat est moins lisse, mais il est plus léger.

Onguent napolitain. — Emplâtre de Vigo cum mercurio. — Pilules de Belloste. — Mercure gommeux de Plenck. — Pilules bleues anglaises. Selon M. Thévenot, le mercure dans toutes ces préparations est éteint avec une promptitude incomparablement plus grande à l'aide du boulet que par tout autre mode de trituration.

Lorsqu'on veut introniser un appareil quel qu'il soit, l'intérêt moral qu'on y ajoute fait apercevoir toutes les ressources qu'on en peut tirer, et l'habitude physique qu'on y acquiert rend très-habile dans son maniement, en faisant passer sur des difficultés que rencontrent des exécutants plus tièdes. C'est là un peu le cas, sans doute, de M. Thévenot, relativement à la trituration au boulet. Cependant, nous sommes loin de dire que ce mode opératoire généralisé ne serait pas, à fin de compte, une bonne acquisition pour la pharmacie ; qu'il ne donnerait pas, et même au delà quant au nombre des applications, les résultats annoncés par M. Thévenot. Nous ne posons ici qu'une question de pratique générale; et la preuve que telle est notre pensée, c'est que cet article a pour but de provoquer une expérimentation de cette nature de la part des pharmaciens, moyen assurément le meilleur pour savoir à quoi s'en tenir à l'égard de la trituration au boulet.

Ce terme : *trituration au boulet*, comme celui de *trituration à la sébile*, donnés au choix par M. Thévenot, ne valent pas, selon nous, partisan de toute dénomination concise et expressive, un seul mot substantif qui comprendrait dans sa composition les noms des deux parties constituantes de l'appareil à l'aide duquel s'exécute le nouveau mode. Le mot *séboulation* nous paraissant très-bien remplir cette condition, nous en proposons l'adoption.

REMARQUE SUR LA PRÉPARATION DE LA POMMADE AUX CONCOMBRES.

La préparation en petit de ce liparolé présente des difficultés réelles. pour tourner ces difficultés, des pharmaciens ont proposé des procédés dont l'économie est tout autre que celle du procédé ordinaire qui ne

réussit bien qu'en grand, ainsi que nous venons de le faire pressentir. Le plus saillant de ces nouveaux procédés consiste à préparer un alcoolat de concombres que l'on ajoute, en triturant vivement, aux corps gras semi-fluidifiés par la chaleur. Mais ce procédé ne paraît pas donner un produit parfait. M. Thévenot, à la suite de l'article que nous venons d'analyser, fait connaître le procédé suivant, qui n'est d'ailleurs qu'une modification du procédé ordinaire, publié il y a une douzaine d'années par M. Page.

On prend quatre concombres, pesant environ 4 kilogrammes, on les prive de leur écorce et on les râpe ; on mêle à la pulpe :

Teinture de benjoin.................. 30 grammes.

Et on passe le suc à travers un linge en exprimant et malaxant cette pulpe dans le linge même.

D'une autre part on pèse et on fait fondre ensemble :

Axonge très-blanche................ 1 kilogramme.
Blanc de baleine.................. 200 grammes.

On bat dans la sébile les corps gras qu'on y verse, avec un peu de jus de concombre, comme pour faire du cérat (voyez plus haut). On ajoute de ce jus jusqu'à ce que la matière refuse d'en absorber et qu'il devienne difficile de faire mouvoir le boulet, et ajoutant ce qui reste de jus, on bat vivement le tout au moyen d'une batte en osier ou en fil de fer étamé, contourné un grand nombre de fois sur lui-même ; enfin lorsque les corps gras ont enlevé l'arome du jus de concombres, on verse la matière dans un bain-marie, on fait fondre la pommade, on la laisse assez longtemps sur le feu pour que l'écume se rassemble à la surface, on enlève celle-ci, et après elle le corps gras le plus près possible de la couche aqueuse. Le peu qui en reste se fige par refroidissement, et s'extrait alors avec facilité. La pommade ainsi fondue se place dans un lieu frais, et se conserve fort longtemps sans altération. Lorsqu'on en a besoin, on en chauffe légèrement une partie dans une terrine, et la remuant avec une spatule, on lui fait acquérir non de la fluidité, mais seulement une certaine mollesse, et dans cet état on la bat fortement, comme des blancs d'œufs, dans la terrine même, jusqu'à ce qu'elle soit complétement refroidie, et qu'elle ait acquis la blancheur et la légèreté nécessaires. A la fin on y ajoute pour les doses indiquées plus haut :

Baume du Pérou liquide............. 4 grammes.
Essence de roses.................... 10 gouttes.

De cette manière, dit M. Thévenot, on a, en aussi petite quantité qu'on le désire, une pommade très-blanche, légère et d'une odeur agréable. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVEL EXEMPLE DES BONS EFFETS DU SUC DE SUREAU DANS LES HYDROPISIES.

Je viens ajouter un nouveau succès de l'emploi du suc de la racine de sureau dans l'hydropisie, persuadé qu'on ne saurait trop propager l'efficacité d'un agent thérapeutique aussi peu coûteux qu'efficace.

Le sujet de cette observation est une femme de quarante-neuf ans, d'une assez bonne constitution, mais dont la santé, habituellement assez bonne, s'était altérée depuis deux ans environ, à la suite d'une métrorrhagie très-abondante, qui m'a paru la cause prédisposante de la maladie actuelle. (Le flux menstruel n'a pas reparu depuis cette perte.) Mais ce n'est précisément qu'au commencement de l'hiver dernier que cette femme a commencé à ressentir les premières atteintes de sa maladie.

Appelé pour lui donner des soins, je constatai l'état suivant : commencement d'infiltration dure et rénitente des extrémités, notamment des inférieures, ainsi que des parties génitales externes ; bouffissure et pâleur de la face ; tension et dureté de l'abdomen, particulièrement aux régions hépatique et splénique, qui étaient douloureuses à la pression ; les fonctions digestives conservaient à peu près leur état normal ; urines rares, pouls dur, légèrement fébrile ; sommeil assez bon.

Je crus devoir, d'après la nature des symptômes précités, commencer le traitement par une petite saignée du bras. Le sang tiré se couvrit instantanément d'une couenne assez épaisse et dure, et offrit une consistance désirable. Je prescrivis en même temps à l'intérieur des tisanes apéritives, alternativement avec quelques drastiques (pilules de Boutires) ; des cataplasmes émollients sur le ventre ; un régime et la chaleur appropriés à cet état.

Au bout de quatre-vingt-dix-neuf jours, il s'est manifesté une amélioration sensible ; les extrémités et le ventre ont diminué de volume et repris de la souplesse ; mais, soit défaut de persévérance dans l'emploi de ces moyens, soit toute autre cause, ce mieux ne fut pas de longue durée. L'infiltration gagna rapidement, et la cavité abdominale devint le siége d'un épanchement si abondant, que la malade ne pouvait plus se mouvoir sans être menacée de suffocation, ce qui rendait son état insupportable.

Ma première pensée fut de recourir à la ponction ; mais la lecture toute récente, dans le *Répertoire* de votre journal, du succès obtenu par notre honorable confrère M. Vanoye, du suc de sureau, me fit pré-

férer ce dernier moyen. Il a suffi, pour l'obtenir, de râper l'extérieur de la racine fraîche, et de l'exprimer ensuite.

Après en avoir pris trois cuillerées à bouche, à une demi-heure d'intervalle, la malade éprouva intérieurement une révolution, suivie immédiatement d'évacuations bilioso-séreuses très-abondantes, qu'on a pu évaluer approximativement à quarante ou cinquante, en quinze heures environ. Par suite de ces évacuations, le ventre et les extrémités perdirent plus des deux tiers de leur volume ; ce qui procura un grand soulagement.

Encouragée par ce succès, la malade a continué à en prendre encore quelques cuillerées, en ayant soin de mettre plus d'intervalle dans les doses, parce qu'elle se trouvait fatiguée du nombre et de l'abondance des évacuations. Quand je revis la malade, le ventre était souple et à l'état presque normal ; il ne restait plus qu'un peu d'infiltration dure des extrémités inférieures. La cure , qui paraît devoir être durable, se termina par l'usage de quelques cuillerées de vin amer et diurétique, alternativement avec le suc de sureau mêlé au vin blanc.

D'après les faits recueillis, il n'est pas permis de douter de l'efficacité du suc de sureau dans l'hydropisie. Comment agit ce moyen ? est-ce seulement par sa vertu purgative, ou bien est-ce par une propriété spécifique ?... Le seul désagrément que je lui reconnaisse, c'est que ce suc est éminemment styptique au goût, et y laisse une impression assez désagréable.

B. Gillet,
médecin à Pont-sur-Yonne.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Le choléra et la méningite cérébro-rachidienne. — Dans notre dernier Bulletin des hôpitaux, nous signalions l'une des combinaisons les plus fréquentes du choléra avec les maladies épidémiques régnantes, et nos lecteurs trouveront plus haut un article qui complète et élucide ce point obscur de pathogénie épidémique. Nous disions, en terminant notre Bulletin le mois dernier, que les documents manquaient pour trancher complétement la question ; à plus forte raison tiendrons-nous aujourd'hui le même langage pour une complication, une combinaison du choléra, qui a été moins fréquemment observée, mais qui, par sa gravité même, ne saurait être laissée inaperçue, nous voulons parler de la combinaison du choléra et de la méningite cérébro-spinale.

La méningite cérébro-spinale est une maladie qui, depuis quelques

années, fait d'assez grands ravages sous la forme épidémique au milieu des grands rassemblements d'hommes, dans les casernes, dans les prisons, dans les camps, et cette circonstance a fait que quelques médecins l'ont considérée comme une espèce de *typhus*. Sa gravité est généralement très-grande, et rien d'extraordinaire à ce que les sujets qui en sont affectés, comme du reste tous ceux qui sont affaiblis par une maladie antérieure, puissent être atteints de l'influence épidémique et être frappés du choléra. Toutefois, ce n'est pas là le cas le plus commun, et il est très-facile de comprendre ce qui doit arriver alors de cette combinaison des symptômes de la méningite et du choléra (ces derniers prédominant et effaçant en partie ceux de la méningite), pour que nous nous y arrêtions.

Mais tel n'est pas le cas ordinaire, avons-nous dit, et celui qui mérite le plus de fixer l'attention du médecin. Voici, en effet, ce qui a été observé, au Val-de-Grâce surtout, dans le service de M. Michel Lévy. Tantôt les signes du choléra se montrent les premiers ; le malade présente des vomissements, de la diarrhée, des crampes, du refroidissements des extrémités, de la cyanose. Mais déjà les fonctions cérébrales sont plus troublées que dans le choléra non compliqué ; les réponses sont lentes et paresseuses ; les pupilles sont quelquefois dilatées, et lorsqu'on veut imprimer au cou du malade quelques mouvements ; par exemple lorsqu'on veut le lever dans son lit, on reconnaît qu'il y a de la raideur dans les muscles du cou. Le malade peut succomber dans cet état ; mais le plus ordinairement, il survient une réaction vive, et cette réaction est marquée par les symptômes les mieux dessinés de la méningite cérébro-spinale (agitation extrême, céphalalgie atroce, fièvre intense, rigidité cervico-dorsale, trouble de la vue, hyperesthésie de la peau, etc., etc.).

Dans un second groupe de cas, la maladie débute autrement. Depuis quelques jours le malade est en proie à de la tristesse, à du malaise, à de la céphalagie, à des douleurs vagues dans les membres, à du trouble dans les idées, lorsqu'il est pris tout d'un coup de vomissements bilieux, de diarrhée avec un peu de refroidissement des extrémités. On pense alors avoir affaire à un choléra léger ; mais aussitôt que les accidents cholériques ont cessé, la méningite cérébro-spinale se dessine de mieux en mieux, et le malade rentre dans la catégorie des individus affectés de cette maladie, si ce n'est qu'il conserve plus de disposition à la diarrhée et aux vomissements.

Evidemment, cette combinaison du choléra et de la méningite cérébro-spinale soulève une question de la plus haute importance au point de vue thérapeutique. N'est-il pas probable que, dans ces

circonstances, le traitement doit être modifié et mis en rapport avec cette combinaison des deux causes morbides, approprié à la prédominance de chacune d'elles? C'est aussi ce que l'expérience confirme. Si dans les symptômes cholériques l'œil exercé du praticien ne démêle pas les symptômes de l'affection cérébrale; si surtout il cherche à réveiller, par des moyens trop stimulants, l'organisme un moment engourdi, il ne tardera pas à être en présence de symptômes tellement graves, que la thérapeutique sera malheureusement trop souvent insuffisante. Dans le premier cas, le médecin peut bien ne pas soupçonner la maladie cérébrale; mais en est-il de même dans le second? Lorsque avec des symptômes cholériques très-mitigés, il trouve déjà des symptômes d'irritation du côté des centres nerveux, de la céphalalgie, de la rigidité cervico-dorsale douloureuse, du trouble de la vue, de la rêvasserie, de la difficulté dans l'expression des idées, qu'il n'hésite pas un instant, le pouls ne fût-il pas très-développé, à recourir aux émissions sanguines générales ou locales, aux sinapismes aux extrémités, aux vésicatoires aux cuisses, et même à l'emploi des purgatifs, du sulfate de soude et du calomel. C'est le seul moyen d'éviter des accidents cérébraux tellement graves et tellement rapides dans leur marche, que les moyens thérapeutiques échoueront probablement contre eux.

On voit que ce sujet appelle encore de nouvelles recherches, et nous engageons surtout ceux de nos confrères qui pratiquent dans les pays où règnent simultanément la méningite cérébro-spinale et le choléra à nous communiquer le résultat de leurs observations.

L'iodure de potassium doit être préféré aux préparations mercurielles, comme base du traitement antisyphilitique appliqué aux tumeurs de la langue de nature douteuse. — Les quelques exemples de tumeurs que l'on croyait cancéreuses, et qui ont guéri sous l'influence d'un traitement anti vénérien, légitiment l'essai de cette médication que font les chirurgiens avant de se décider à une opération. Le choix du médicament n'est pas indifférent. Les préparations hydrargyriques portent souvent leur action sur la muqueuse buccale, et lorsqu'on est obligé de ne pas différer davantage l'ablation de la tumeur, puisqu'on a perdu déjà un ou deux mois en tentatives, la stomatite mercurielle, toute légère qu'elle puisse être, vient compliquer d'une manière fâcheuse les suites de cette opération. D'abord, elle facilite la section des lèvres de la plaie par les ligatures, et expose à des hémorrhagies secondaires. C'est ce qui est arrivé dans un cas récent, qui nous a été communiqué à la Société de chirurgie par un de nos ho-

norables confrères. Nous ne croyons pas qu'il ait à se reprocher d'avoir cédé à une louable habitude; seulement il avait mal choisi son spécifique. Les tumeurs syphilitiques de l'arrière-bouche sont des symptômes éloignés de l'infection vénérienne, et l'on sait que l'iodure triomphe mieux que le mercure des phénomènes secondaires ou tertiaires de la syphilis. Ce médicament n'a pas en outre l'inconvénient grave dans l'espèce de provoquer le ramollissement de la muqueuse buccale.

Seulement, à quelle dose l'iodure doit-il être administré dans ces cas? C'est un point sur lequel la science est moins bien fixée, et M. Vidal, à cette occasion, nous a cité deux malades de son hôpital, chez lesquels l'iodure, administré à la dose de 4 à 5 grammes, avait triomphé rapidement d'affections graves qui avaient résisté à l'iodure à dose modérée. L'un d'eux était affecté d'une carie du coude, avec abcès péri-articulaire, qui avait fait croire à une tumeur blanche. On lui proposa l'amputation du bras, et le malade préféra quitter l'hôpital. Rentré chez lui, un médecin de la ville le soumit à une médication par l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50 centigrammes. Après un mois de ce traitement, une tumeur gommeuse se développa sur le sourcil gauche et força cet homme à rentrer à l'hôpital des Vénériens. M. Vidal débuta par l'administration de 2 grammes d'iodure, qu'il éleva progressivement à la dose de 5 grammes; le vingt-deuxième jour, ce malade était complétement guéri. Le second malade était affecté d'une vaste ulcération, avec carie des os propres du nez: sous l'influence de doses élevées d'iodure, la cure fut prompte; treize jours suffirent.

Catarrhe suffocant. — Mort. — Pneumonie lobulaire. — La pneumonie dans la première enfance est presque toujours lobulaire. Peut-être même, dans les cas vraiment exceptionnels où les lobes pulmonaires sont envahis dans leur totalité, l'inflammation lobulaire a-t-elle précédé l'inflammation lobaire, en sorte que la forme lobulaire semble être tout à fait caractéristique de la pneumonie de la première enfance. Chez l'adulte et chez le vieillard, il n'en est plus de même; la phlegmasie du parenchyme pulmonaire est lobaire au début, aussi bien que pendant tout le cours de la pneumonie. Le fait que nous allons rapporter présente de l'intérêt en ce qu'il constitue une exception à cette règle générale. On voit une pneumonie affecter la forme lobulaire exactement comme chez les très-jeunes enfants.

Une femme âgée de soixante-neuf ans, exerçant la profession de gantière, entre à l'hôpital Necker, salle Sainte-Anne, n° 7. Elle était depuis plusieurs années atteinte d'un catarrhe chronique, qui s'accompa-

gna, il y a trois mois, d'accidents extrêmement graves. Depuis ce moment, l'oppression s'accrut notablement. Les extrémités inférieures commencèrent à s'infiltrer de sérosité, et en peu de temps l'œdématie devint générale.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, le visage est œdémateux, violacé; la peau froide, le pouls petit et fréquent, l'oppression considérable. L'expectoration est très-abondante, mucoso-puriforme, nullement aérée. La résonnance est normale dans tout le thorax, un peu exagérée même dans quelques points. On entend en arrière un mélange de râle muqueux, de râle sibilant et de râle sous-crépitant. Voussure notable de la poitrine en avant. Rien d'anormal du côté du cœur. Fonctions digestives en bon état.

Malgré l'application d'un large vésicatoire dans le dos, et l'administration d'une tisane de polygala et de l'oxymel scillitique, l'oppression continua, ainsi que l'expectoration qui ne changea pas de nature. Le pouls resta fréquent, l'œdématie fit des progrès, l'oppression devint beaucoup plus considérable, et la malade succomba vingt jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

Les poumons étaient adhérents dans toute leur étendue et emphysémateux. Dans quelques points, on voyait de larges dilatations vésiculaires. En palpant le parenchyme, on sentait des noyaux fort nombreux, les uns de la grosseur du poing, les autres du volume d'une fève. Ces noyaux étaient tous hépatisés; mais dans la même masse on constatait des colorations différentes, séparées par des intersections celluleuses fort distinctes. Dans le même noyau inflammatoire on apercevait une réunion de lobules d'un rouge noir très-foncé, qui ressemblait presqu'à de l'apoplexie pulmonaire, des masses d'un rouge brun, d'autres grises, comme au troisième degré de la pneumonie; puis, dans le voisinage, des agglomérations de portions infiltrées de matière spumeuse. Ces désordres étaient plus prononcés à droite et en arrière, surtout dans le lobe inférieur, moindres à gauche. On ne trouvait pas la moindre trace de tubercules. Les bronches étaient le siége d'une très-vive inflammation. Le cœur était un peu plus volumineux qu'à l'état normal. On ne constatait pas la moindre altération des orifices ni des valvules. Les organes abdominaux étaient tous parfaitement sains.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ABCÈS DU COU (*Sur la conduite à tenir dans les hémorrhagies consécutives aux*). Depuis quelque temps se multiplient dans les recueils scientifiques les observations d'hémorrhagies graves succédant à des abcès du cou, et mettant en danger la vie des malades. En parcourant ces observations, on ne tarde pas à se convaincre que les abcès qui entraînent ces accidents ne sont pas des abcès phlegmoneux simples, mais bien des abcès tuberculeux, c'est-à-dire des abcès qui résultent de la fonte de masses tuberculeuses et qui sont connus pour entraîner l'ulcération et la destruction des tissus environnants. Parmi les faits qui ont été rapportés, il en est un dans lequel le vaisseau intéressé était la crosse de l'aorte, et pas n'est besoin de dire que, dans un cas de ce genre, il n'y a rien à faire pour le salut du malade. Heureusement, dans la plupart des cas, l'ulcération avait atteint des vaisseaux plus superficiels du cou, la veine jugulaire et surtout l'artère carotide primitive, ou l'artère carotide externe et ses branches. Nous ne connaissons qu'un seul cas dans lequel la veine jugulaire ait été intéressée par l'ulcération; c'était chez un jeune enfant qui portait sur le côté droit du cou une tumeur fluctuante présentant du frémissement sous le doigt. Une ponction faite dans cet abcès donna issue à du pus mélangé de sang, puis à du sang pur. La mort eut lieu le jour même de l'ouverture, et l'autopsie montra qu'il existait une communication cribriforme entre l'abcès et la veine jugulaire externe. Les hémorrhagies consécutives aux abcès du cou peuvent se montrer dans deux circonstances particulières; ou bien l'abcès communique avec un des gros vaisseaux du cou avant l'ouverture de l'abcès, et, quand le chirurgien est appelé, il constate quelques-uns des signes des tumeurs anévrysmales, et, s'il fait une ponction, elle donne issue à un mélange de pus et de sang; ou bien l'abcès a été ouvert depuis plus ou moins longtemps, et c'est au fond de l'abcès et par suite d'un travail d'ulcération que l'un des vaisseaux du cou est ouvert, et que son ouverture devient la cause de l'hémorrhagie. Dans le premier cas, le chirurgien peut, s'il a des doutes, faire dans la tumeur une ponction exploratrice avec un trocart capillaire; mais une fois le diagnostic établi, les indications sont les mêmes que dans le second cas. Quelle conduite doit donc tenir le chirurgien lorsqu'il survient des hémorrhagies dans le fond d'un abcès ouvert depuis quelque temps? Nous ne croyons pas pouvoir mieux retracer cette conduite qu'en mettant sous les yeux de nos lecteurs le fait suivant : Un homme de soixante-un ans, chez lequel on avait détruit, deux ans auparavant, une petite tumeur cancéreuse de la lèvre avec le caustique, portait, depuis quelques semaines, une tumeur, en partie solide, en partie fluctuante, dans l'espace compris entre la symphyse et l'angle de la mâchoire du côté gauche. Cette tumeur, ponctionnée par M. Hargrave, donna issue à une assez grande quantité de sérosité jaunâtre, mélangée de matière scrofuleuse; un petit morceau de linge fut glissé entre les lèvres de l'ouverture, et le tout fut couvert d'un large cataplasme. Le lendemain, il survint un violent érysipèle de la face. Cet érysipèle, traité par deux larges applications de sangsues, des onctions mercurielles et l'usage intérieur du camphre, du quinquina et d'une confection aromatique, était en voie d'amélioration le quatrième jour, lorsqu'en enlevant le cataplasme, on aperçut sur celui-ci un peu de sang grumeleux ; il en fut de même les deux jours suivants. Tout d'un coup, le septième jour, vers sept heures du soir, le malade fut pris d'une violente hémorrhagie par l'ouverture de l'abcès. Le sang venait par jets, était rutilant, et offrait tous les caractères du sang artériel. On se rendit maître de l'hémorrhagie en plaçant le doigt dans la plaie; mais le malade n'en perdit pas moins une grande quantité de sang. Aussitôt qu'on retirait le doigt, le sang repartait par un jet qui avait la grosseur du petit doigt et qui arrivait à plusieurs pieds de distance. Toute hésitation était impossible; M. Hargrave se décida en conséquence à pratiquer la ligature

de la carotide primitive. Mais cette ligature pouvait-elle être faite par la méthode ordinaire, c'est-à-dire en faisant l'incision le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien? M. Hargrave ne le pensa pas : d'abord cet homme avait le cou très-court; ensuite la plaie était pleine de caillots, et tout faisait croire que le sang devait s'être infiltré dans le tissu cellulaire du cou, et rendrait peut-être l'opération impossible. Bien lui en prit, car le sang s'était effectivement infiltré jusqu'au-dessous du cartilage cricoïde; et, s'il eût eu recours au procédé ordinaire, il eût probablement été forcé, par la présence du sang, d'abandonner l'opération. Voici le procédé opératoire qu'il employa : il pratiqua, à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule, une *incision transversale*, arriva sur le muscle sterno-mastoïdien qu'il coupa lentement et dans toute son épaisseur, en le soulevant avec une sonde cannelée. Il arriva ainsi sur la gaîne des vaisseaux, qu'il aperçut croisée par le muscle omoplat-hyoïdien, ouvrit cette gaîne, passa l'aiguille à anévrysme sous l'artère carotide, qu'il souleva, et acheva la ligature sans aucune difficulté. L'hémorrhagie s'arrêta à l'instant même, et les battements cessèrent dans l'artère temporale correspondante. Cette ligature ne fut suivie ni d'hémorrhagie immédiate, ni d'aucun accident sérieux. Le malade eut seulement deux violents frissons et un vomissement abondant. La nuit fut tranquille et sans fièvre; seulement, la cavité de l'abcès paraissait plus volumineuse, distendue qu'elle était par de gros caillots sanguins. Le lendemain, la distension avait encore fait des progrès, et il s'était fait une ouverture que l'on réunit par une incision avec la première incision de l'abcès. Il s'écoulait par la plaie un liquide extrêmement fétide. Tout alla bien, et le malade, mis à l'usage des toniques, commençait à reprendre des forces, lorsque, le treizième jour de l'opération, dans la soirée, il survint une hémorrhagie artérielle abondante, qui se suspendit pendant quelques heures, pour se reproduire le lendemain. Cette hémorrhagie réduisit le malade à un état des plus alarmants; cependant, on réussit à se rendre maître de l'hémorrhagie en pansant avec des feuilles de *matico* et en arrosant le pansement tout entier avec une infusion de ces feuilles. La ligature tomba au vingtième jour, entraînant avec elle quelques caillots et quelques débris de tissu cellulaire, mais sans hémorrhagie. Un nouvel abcès se forma derrière l'angle de la mâchoire. La santé générale du malade s'était améliorée; mais il conservait de la toux, avec une expectoration purulente abondante, et, au lieu de guérir, la plaie du cou offrait l'aspect d'une ulcération large comme une demi-couronne, profonde de deux pouces et demi, à bords renversés, au fond grisâtre, fournissant un pus séreux, jaunâtre et fétide, autour de laquelle les téguments étaient épaissis et indurés. De plus, de petits abcès s'étaient formés sur plusieurs points du cou et de la face. Le malade succomba près d'un mois après, aux progrès de la phthisie pulmonaire dont il était atteint. — Ainsi donc, la ligature est la seule méthode efficace à employer contre les hémorrhagies qui succèdent aux abcès du cou; mais cette ligature doit être pratiquée, autant que possible, sur des tissus sains, pour être certain de terminer l'opération; et, sous ce rapport, la modification à la ligature de la carotide primitive, proposée par M. Hargrave, qui consiste dans la section transversale du sterno-mastoïdien, est peut-être appelée à rendre de grands services. Mentionnons encore les bons effets des feuilles de *matico* (*steffensia* (*matico*) *elongata*) pour arrêter les hémorrhagies secondaires; nous espérons pouvoir donner sous peu à nos lecteurs quelques détails sur cet agent hémostatique, qui est très-employé aujourd'hui en Angleterre. (*Dublin Journ.*, août 1849.)

ACÉTATE DE PLOMB (*Emploi de l') dans le traitement de la conjonctivite granuleuse et de quelques autres affections oculaires*. Dans une note lue à l'Académie de médecine de Belgique en juin dernier, M. le docteur Florent Cunin a exposé une méthode de traitement topique des maladies oculaires, et en particulier de la conjonctivite granuleuse contagieuse, dite *conjonctivite militaire*, qui paraît avoir de très-grands avantages sur la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, moyen si douloureux et le seul avec lequel on ait pu se rendre maître jusqu'ici de cette terrible affection qui sévit si

cruellement sur la classe ouvrière et sur l'armée. Cette méthode est due à M. le docteur Buys, médecin militaire à Bruges, qui l'emploie avec succès depuis plusieurs années, et qui y a été conduit par les bons résultats qu'il en avait obtenus dans le traitement de diverses affections des muqueuses génitales; elle consiste à badigeonner toute la surface malade de la conjonctive avec de l'acétate de plomb neutre, réduit en poudre impalpable. Voici de quelle manière on procède à cette opération : un pinceau à miniature, du volume de ceux ordinairement usités pour l'emploi des caustiques liquides, est mouillé d'eau, afin de pouvoir être chargé de poudre plombique. (Il faut pour recouvrir toute la face interne d'une paupière d'un grain à un grain et demi d'acétate de plomb). Si l'on veut toucher en bas, on ordonne au malade de regarder en haut, et on abaisse la paupière inférieure comme on le fait pour la cautérisation. L'acétate de plomb dont le pinceau est chargé est alors uniformément étendu sur toute la surface conjonctivale à modifier. Ce temps terminé, on maintient la paupière renversée jusqu'à ce que les larmes soient venues dissoudre l'acétate plombique. Si quelque portion de sel est en excès, on l'enlève avec le pinceau. Pour appliquer l'acétate de plomb en haut, on retourne la paupière, toujours comme cela a lieu pour la cautérisation, et la portion conjonctivale malade est recouverte avec le sel. Ici la dissolution se fait plus lentement; l'humidité fournie par la muqueuse est le plus ordinairement insuffisante, et l'on est obligé de la toucher avec le pinceau imbibé des larmes qui s'accumulent dans les angles. Dès que l'acétate plombique est dissous par les larmes et a pénétré dans le tissu, on voit celui-ci se crisper, se contracter fortement; il survient même souvent, surtout à la paupière supérieure, une espèce d'effervescence sanguine; mais le phénomène le plus remarquable, c'est que les granulations, si elles n'ont qu'un volume moyen, et leurs sillons, lorsqu'elles en offrent, disparaissent; la membrane apparaît lisse et unie aussi longtemps qu'elle reste tendue et exposée à l'air. L'aspect blanc éclatant que le plomb imprime ne se manifeste, en général, qu'après que la reposition de la paupière a eu lieu. Lorsque les granulations offrent un volume considérable et que la conjonctive présente des sillons très-profonds, le poli ne s'obtient pas dès la première application; mais on le voit se manifester au second ou au troisième attouchement.

Le contact de l'acétate de plomb avec la muqueuse palpébrale détermine un sentiment très-prononcé d'astriction et de cuisson; il y a rarement production de véritable douleur. Ce sentiment disparaît bientôt pour renaître au moment où la paupière touchée est remise en place; il se manifeste alors un flux de larmes blanches, brûlantes, qui cesse dans un espace de quelques secondes à deux ou trois minutes. L'œil peut alors être tenu ouvert. Si c'est la paupière supérieure qui a été touchée, la sensation de gravier que déterminait l'inégalité de la muqueuse a disparu; on ne ressent plus que de l'engourdissement dans la partie, et, pendant une ou deux heures, il s'écoule parfois, à des intervalles éloignés, quelques larmes chaudes. Lorsque l'attouchement a eu lieu en bas, la gêne reste assez prononcée pendant quelques heures; l'engourdissement est plus fort, plus persistant, et s'accompagne même du retour, par intervalles, du sentiment de cuisson perçu au moment de l'application. La réaction du côté de l'œil est nulle; si l'on a affaire à des granulations indolentes, la légère injection de la conjonctive oculaire qui survient, se dissipe immédiatement; si, au contraire, cette conjonctive est injectée, s'il y a vascularisation kératique, une diminution des plus manifestes dans le calibre et le nombre des vaisseaux peut être constatée au bout de quelques heures. Le premier attouchement est toujours suivi du développement d'un certain gonflement et parfois d'œdème des paupières; après vingt-quatre ou quarante-huit heures, tout a disparu. L'application de compresses imbibées d'eau de Goulard camphrée, et mieux encore l'usage de compresses sèches, frottées avec du camphre, hâtent considérablement la résolution de cet état.

M. Buys suit le précepte, aujourd'hui généralement adopté, d'attaquer d'abord les paupières supérieures; il n'attaque les paupières inférieures que deux ou trois jours plus tard. Après une couple de jours

de repos, il va à la recherche des portions de conjonctive altérée, principalement dans les angles qui ont pu échapper à l'application, et il les touche immédiatement. Il ne faut revenir à une nouvelle application qu'après que les traces de la première ont disparu ou du moins sont diminuées considérablement. Cette disparition est d'autant plus prompte que l'affection est plus aiguë ou que l'écoulement des larmes est plus abondant.

Cette méthode a été expérimentée par M. Florent Cunin, sur une grande échelle, et elle lui a constamment réussi, tant dans la forme chronique que dans la forme subaiguë de la conjonctivite granuleuse; elle lui a également réussi dans des cas d'ophthalmie gonorrhoïque aiguë, dans des cas d'ophthalmie catarrhale et d'ophthalmie scrofuleuse. Nous ne saurions, du reste, mieux faire pour mettre nos lecteurs à même d'apprécier la valeur de cette méthode, que de rapporter textuellement les conclusions de la note de M. Cunin, si compétent dans cette matière.

« Les ophthalmologistes se sont beaucoup préoccupés de la recherche d'un moyen capable de produire le contact prolongé des remèdes ophthalmiques avec l'œil malade... La méthode de M. Buys lève très-heureusement la difficulté, du moins en ce qui concerne les granulations essentiellement propres à l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse, et quelques altérations de la conjonctive (surtout celles de forme granuleuse), qui surviennent dans le cours de certaines ophthalmies. C'est bien évidemment au contact permanent, ou, si l'on veut, à la combinaison du modificateur avec la partie à modifier, qu'est due l'efficacité et la promptitude d'action de cette médication.

On n'est nullement fondé à dire que le nitrate d'argent pourra désormais être abandonné dans le traitement des affections qui viennent d'être citées ; mais on peut énoncer dès à présent que, dans un très-grand nombre de cas traités aujourd'hui par la cautérisation avec le sel lunaire, il y a avantage considérable à remplacer cet agent par l'acétate de plomb, employé suivant la méthode de M. Buys.

Les applications plombiques peuvent être employées avec le plus grand avantage, comme *abortives*, dans toutes les inflammations où l'on recommande le nitrate d'argent, soit en application (en crayon ou en solution concentrée), soit en collyre ou en pommade, à des doses plus ou moins élevées.

Les effets hyposthénisants sur le système sanguin et sur le système nerveux oculaire, que l'on reconnaît à l'acétate de plomb employé en collyre, sont, en quelque sorte, rendus instantanés, et sont augmentés de la manière la plus remarquable, lorsque cet agent est déposé méthodiquement sur la conjonctive palpébrale. » (*Gaz. méd.* de Paris, juillet, 1849.)

CHOLÉRA (*Convient-il d'interdire l'emploi des purgatifs et des vomitifs en temps de*)? Telle est la question qui est la plus habituellement posée aujourd'hui aux médecins et qui est très-diversement résolue par eux. La crainte des vomitifs et des purgatifs a été poussée si loin, tant de la part du public que de celle des médecins, que l'on a vu un grand nombre de personnes offrant les unes des signes non équivoques d'un embarras gastrique, d'autres un malaise général, quelque-unes sous l'influence d'une hypérémie cérébrale demeurer plusieurs semaines dans la même position et ne rien faire pour la modifier, soit par crainte personnelle, soit d'après l'avis formel des médecins. Est-il donc vrai que l'emploi de la médication évacuante offre des dangers en temps de choléra, et surtout qu'il puisse déterminer l'invasion de la maladie ? C'est contre une pareille proposition que M. Escallder s'est élevé, et avec raison selon nous, dans un travail dont nous allons rendre compte à nos lecteurs. « Depuis cinq mois, dit-il, j'ai prescrit au moins 40 vomitifs ou éméto-cathartiques, peut-être une centaine de purgatifs, l'ipécacuanha et l'huile de ricin principalement, d'autres fois les sels neutres, souvent le calomel, quelquefois même des drastiques, de l'eau-de-vie allemande quatre ou cinq fois; j'ai administré cette médication dans quelques affections aiguës graves (pneumonies, bronchites capillaires, méningites, fièvres typhoïdes) dans des affections inflammatoires légères, et surtout dans certains états pathologiques à forme variable, caractérisés soit par des symptômes d'em-

barras gastrique, soit par un flux diarrhéique plus ou moins abondant; j'avais en outre plusieurs malades qui faisaient un usage régulier des pilules purgatives pour combattre une hypérémie centrale ou une affection dartreuse. Eh bien! chez tous les malades, la médication dont je parle n'a rien produit que les bons résultats que j'en attendais; une seule fois, 30 grammes de sulfate de magnésie administrés à une femme affectée d'embarras gastrique ont déterminé une diarrhée bilieuse qui a cédé en un jour au laudanum; rien de plus. » C'est donc à tort qu'on vient traiter les vomitifs et les purgatifs de médicaments incendiaires qui peuvent allumer le choléra. On peut aller plus loin et dire, sans crainte d'être démenti, que l'emploi de ces médicaments fait à propos peut être un excellent moyen d'éloigner le fléau menaçant. En effet, d'une part le choléra n'a-t-il pas une disposition particulière à frapper les personnes déjà malades, et de l'autre l'emploi de la médication évacuante n'est-il pas un puissant moyen de combattre et de guérir quelques-uns des états pathologiques qui, s'ils ne s'unissent pas au choléra, le précèdent dans un assez grand nombre de circonstances?

Ces affections, qui revêtent des formes très-variées, peuvent au fond se réduire à deux : 1º l'embarras gastrique, caractérisé par un malaise général, de l'anorexie, un état saburral de la langue, de la constipation, et une perturbation plus ou moins marquée des fonctions nerveuses; 2º la cholérine, consistant dans une diarrhée plus ou moins intense, bilieuse ou séreuse, avec ou sans colique, avec ou sans nausées et vomissements, généralement accompagnée de symptômes nerveux à types très-variés. Nul doute que, par du repos, des ménagements, de la diminution dans les aliments, et quelques tisanes, quelques malades guérissent, à la longue, du premier de ces états morbides; mais nul doute aussi que, chez un grand nombre, l'invasion du fléau a été précédée pendant plusieurs jours de l'ensemble des symptômes qui viennent d'être énumérés. Nul doute aussi que chez aucun de ces malades on n'avait essayé de combattre ces accidents par aucun moyen actif, et à plus forte raison par l'emploi d'un vomitif ou d'un purgatif. Si l'on peut conserver des doutes sur la liaison de l'embarras gastrique et du choléra, il n'en est pas ainsi relativement à la liaison de cette dernière maladie et de la cholérine : la plupart des médecins se bornent, en ce cas, à combattre le flux intestinal; ils ont recours aux opiacés et aux absorbants. Cependant, assez considérable est le nombre de ces flux intestinaux qui résistent à l'emploi de l'opium, et qui cèdent au contraire à un vomitif ou à un purgatif. Il faut le dire : l'opium ne réussit que dans les cas de cholérine pure, c'est-à-dire de ceux qui sont caractérisés par des selles purement séreuses, très-répétées, avec peu de coliques et de nausées, et par une sorte d'horripilation nerveuse, avec tendance aux crampes; il ne réussit pas, au contraire, dans les cas nombreux de diarrhée bilieuse, liée à un état saburral très-prononcé, à une teinte jaunâtre de la peau, diarrhée alternant avec une constipation compliquée de fortes nausées et de coliques souvent très-vives. En pareille circonstance, l'opium ne produit qu'un soulagement momentané; les selles diminuent ou se suppriment; mais l'embarras du ventre et des coliques augmente; l'appétit devient nul, et la diarrhée ne tarde pas à reparaître. Les évacuants, au contraire, sont alors parfaitement indiqués, et les effets en sont extrêmement rapides; quelquefois un peu de diarrhée persiste après la suppression des autres symptômes; de petites doses de diascordium ou de sous-nitrate de bismuth, ensemble ou séparément suivant les cas, triomphent facilement du symptôme retardataire. M. Escallder va plus loin : il pense qu'il ne faut pas interdire l'emploi des évacuants, dans cette forme de cholérine, qui cède généralement aux opiacés. Suivant lui, une autre expérience vient à l'appui de son assertion : l'ipécacuanha au début modère et même arrête les garderobes; le plus souvent aussi, elles se modifient sous l'influence d'un purgatif doux (huile de ricin, sel neutre, calomel). De séreuses et blanches, elles deviennent plus consistantes, plus foncées en couleur; elles se répètent moins fréquemment; et s'il vient un moment où il est fort utile d'administrer le sous-nitrate de bismuth ou le diascor-

dium, c'est quand la nature et la quantité des évacuations ont déjà subi l'influence de la médication évacuante. (*Union médicale*, août 1849.)

COLLODION (*Bons effets du*) *dan le traitement des brûlures*. Nous disions, dans notre dernier numéro, que les applications thérapeutiques du collodion ne tarderaient pas à se multiplier, à cause des éminentes propriétés agglutinatives et astrictives de ce nouvel agent; nous oubliions de parler de l'action réfrigérante qu'il exerce sur la peau et de cette précieuse propriété qui consiste à préserver la partie sur laquelle il est étendu du contact de l'air. C'est à ces trois titres qu'il vient d'être employé par M. Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le traitement des brûlures, et, nous devons le dire, avec un succès qui en recommande l'usage aux médecins. D'après les faits qui ont été publiés par M. Victor Lambert, M. Valette s'en serait servi surtout dans les brûlures au second degré; ainsi, chez un teinturier qui avait reçu sur la face postérieure du tronc un énorme baquet rempli d'eau bouillante, et chez lequel il existait une brûlure presque entièrement au second degré, intéressant la plus grande partie de la face postérieure du tronc, tout le bras droit, l'avant-bras gauche, et s'étendant un peu en avant sur le ventre, avec quatre ou cinq escarres de la longueur de la paume de la main, le collodion, étendu au moyen d'un pinceau sur les parties brûlées, amena immédiatement un soulagement des plus marqués. Le pouls était plein, fort; la soif commençait à devenir vive; tout en un mot indiquait qu'une réaction violente allait se montrer; ces symptômes généraux cessèrent aussitôt l'application du collodion. Le troisième jour il fallut étendre de nouveau du collodion sur quelques parties qui s'étaient écaillées, à cause de la position et du mouvement du malade. La cicatrice se montrait déjà dans quelques points de la circonférence de la brûlure. Vingt-trois jours après, le malade sortait parfaitement guéri, sans avoir eu un seul instant de la fièvre, sans avoir jamais cessé de manger, sans avoir éprouvé aucune espèce de complication. Dans un second cas, chez un homme dont la main et l'avant-bras avaient été plongés tout entiers dans une cuve remplie d'eau bouillante, la brûlure était, dans toute son étendue, au deuxième degré; l'épiderme était soulevé dans tous les points par une assez grande quantité de sérosité; dans quelques points même, cette sérosité était roussâtre. Une seule application de collodion suffit; onze jours après, la guérison était complète, et le repos du membre avait été la seule circonstance de nature à rappeler au malade l'accident dont il avait été victime. Enfin, dans un autre cas, une brûlure de la face dorsale du pied, en pleine suppuration, fut recouverte d'une couche de collodion d'une demi-ligne d'épaisseur. Sept jours après, le collodion était enlevé avec précaution, et au-dessous de lui on constatait une cicatrice parfaite. Suivant M. Lambert, ces applications emplastiques donneraient, dans le cas de brûlures, des cicatrices excessivement régulières, ne présentant point les aspérités qu'on leur connaît habituellement. Telle est la fréquence des brûlures, que nous ne doutons pas qu'avant peu on ne soit parfaitement fixé sur la valeur réelle du collodion dans le traitement des brûlures; mais ce qui paraît à peu près démontré par les observations de M. Valette, c'est que, dans les brûlures au deuxième degré, le collodion produit beaucoup de calme et hâte la cicatrisation. (*Gazette méd. de Lyon*, août 1849.)

DIARRHÉE (*Emploi de la potentille ansérine contre la*). La potentille ansérine est une plante de la famille des rosacées, très-commune dans nos campagnes. Fraîche, elle a une saveur herbacée; mais, desséchée, elle est légèrement styptique, et sa décoction noircit la solution de fer. Les propriétés légèrement astringentes de cette plante sont connues depuis fort longtemps, et la potentille avait été vantée dans les hémoptysies et les hémorrhagies en général, dans la diarrhée, dans les flueurs blanches; mais elle avait été complétement oubliée. M. le docteur Bonnard rappelle l'attention du public sur cette plante, et il rapporte plusieurs observations qui tendent à prouver que dans des cas de diarrhée, même assez grave, l'administration de la potentille ansérine seule a suffi pour arrêter les accidents. Nous voyons parmi ces observations

celle d'un homme de forte constitution et d'un tempérament sanguin qui, à la suite d'un malaise général qu'il éprouvait depuis plusieurs jours, fut pris d'une diarrhée intense (20 selles dans les 24 heures), avec inappétence, céphalalgie, frissons fébriles, courbature, constriction épigastrique, borborygmes, ténesme, légères coliques intermittentes, mais sans douleur à la pression. L'administration d'une infusion de 8 grammes d'ansérine dans un litre d'eau rendit les selles moins fréquentes et la nuit meilleure. L'auteur prescrivit le lendemain 15 gr. de la même plante, qu'on fit bouillir pendant dix minutes, pour un litre de colature. Il n'y eut plus qu'une seule selle; les coliques furent remplacées par une sensation peu douloureuse de tension des parois abdominales. Guérison complète après 48 heures. — Bien que nous n'attachions qu'une importance médiocre à la potentille ansérine, et que nous n'oserions pas y recourir dans des cas de diarrhée grave, nous reconnaissons que cette plante, par son extrême bon marché, par ses propriétés légèrement astringentes et par son innocuité (tout au plus si elle occasionne un peu de ténesme vésical), est susceptible de rendre quelques services, surtout dans les campagnes, et pourrait enfin, dans les cas de diarrhée cholériforme, être associée avec succès aux moyens que l'on dirige habituellement contre ces derniers accidents. (*Union médicale*, août 1849.)

HYDROPISIES (*Sur l'emploi du colchique d'automne dans les*). Il y a quelques mois, nous avons entretenu nos lecteurs de quelques essais tentés, par M. Kennedy, avec la teinture vineuse de colchique d'automne dans le traitement de certaines hydropisies, et en particulier de celles qui compliquent la néphrite albumineuse. M. le docteur E. Vandezande apporte quelques nouveaux faits à l'appui de l'emploi de cet agent thérapeutique dans les hydropisies; ainsi, nous voyons dans la première observation le fait d'un homme de quarante-deux ans, qui offrait tous les caractères de la cachexie paludéenne, et chez lequel les extrémités inférieures, et successivement tout le corps, furent œdématiés, le ventre fut distendu et la respiration devint gênée. Après six semaines de traitement par des toniques fébrifuges et des diurétiques appropriés, l'œdème disparut, quoiqu'il restât encore du gonflement de la rate. Deux ans après, l'hydropisie reparut, mais sans être précédée de fièvre intermittente, et les urines étaient quelque peu albumineuses. Le même traitement fut institué sans le moindre succès. M. Vandezande eut alors recours au vin de colchique, qu'il prescrivit à la dose de 8 grammes, en ayant soin d'augmenter la dose d'un gramme chaque jour. Le malade supporta assez bien le médicament; mais il ne put dépasser 40 grammes. Cette dose, continuée pendant quatre jours, acheva de le débarrasser de son hydropisie, mais en déterminant d'abondantes évacuations alvines et urinaires. — Succès aussi complet dans un second cas, chez une femme qui avait vu se développer son hydropisie à la suite d'une variole confluente, et après avoir présenté pendant quelques jours des accès de fièvre intermittente, sans urines albumineuses. Traitée par le vin de colchique, à la dose de 8 grammes, l'anasarque disparut complétement en quelques jours. — Nous devons ajouter toutefois que, dans un troisième cas, chez un homme adonné aux boissons alcooliques, qui présentait tous les signes de la néphrite albumineuse, et dans un cas de maladie du cœur, chez une pauvre femme, le médicament ne put être supporté à la dose de plus de 8 grammes, et que les résultats en furent nuls. Il semble donc résulter de ces faits que, pour obtenir du colchique de bons résultats dans les hydropisies, il faut avoir affaire à des sujets dont les fonctions digestives soient en bon état. Cette dernière circonstance nous porte à croire que le vin de colchique n'est peut-être pas aussi applicable au traitement de la néphrite albumineuse que le pense M. Kennedy. Au reste, et bien qu'il soit difficile de spécifier les cas où l'emploi du colchique est spécialement indiqué, on ne peut se refuser à reconnaître que, dans certains cas, ce médicament peut être mis en usage avec autant de succès que les hydragogues les plus usités, et peut même leur être substitué lorsque ceux-ci n'ont pas produit tous les effets qu'on en attendait. (*Annales de la Soc. médicale d'émulation de Roulers*, 1849, 6e liv.)

INTOXICATION SATURNINE (*Bons effets des opiacés et des sulfureux dans le traitement de l'*). La question n'est pas encore définitivement tranchée de savoir s'il convient d'attaquer les accidents d'intoxication saturnine avec les purgatifs, les opiacés ou les sulfureux. Ce qui est certain, c'est que de nos jours, après avoir essayé beaucoup de traitements, les praticiens en sont revenus généralement, sinon au traitement de la Charité dans ce qu'il a de barbare et de suranné, du moins à l'emploi des purgatifs énergiques qui en font partie, ou à d'autres drastiques aussi puissants, tels que l'huile de croton, par exemple. Mais nous devons ajouter que ce traitement s'applique surtout aux accidents plombiques développés du côté de l'intestin, c'est-à-dire à la colique de plomb, tandis qu'il n'est pas du tout établi qu'il soit assez efficace contre les accidents ultérieurs de l'intoxication saturnine. Un fait qui a été observé récemment par M. H. Guéneau de Mussy chez les membres de l'ancienne famille royale de France, au château de Claremont, tendrait à prouver que si les purgatifs remplissent une indication utile, celle de provoquer les évacuations alvines, leur indication ne vient qu'après une autre, celle de calmer les douleurs vives qui résultent de l'intoxication; que, pour obtenir une guérison définitive dans les cas graves, ni l'un ni l'autre de ces moyens n'est suffisant, et que force est de recourir à ce qu'on a appelé le traitement chimique ou les sulfureux. On sait que des accidents très-variés avaient été éprouvés par les personnes qui habitaient le château de Claremont, et ce fut après de nombreuses recherches que l'on parvint à découvrir que ces accidents étaient dus à la présence d'une grande quantité de plomb dans l'eau qui servait à tous les usages domestiques du château. Les symptômes constatés par M. Guéneau de Mussy se rapportaient pour la plupart à la colique de plomb; certains phénomènes indiquaient d'ailleurs, d'une manière non douteuse, la présence d'une intoxication saturnine; mais M. Guéneau observa chez quelques-uns de ces malades un phénomène bien curieux et bien extraordinaire: c'était une hyperesthésie générale de la peau, se reproduisant par accès, et si vive qu'il était impossible d'exercer le moindre contact sans arracher des larmes et des cris aux malades. M. Guéneau avait réussi à obtenir des évacuations abondantes avec le sulfate de magnésie; mais les douleurs persistaient plus vives que jamais. Se rappelant les conseils donnés par Stoll, il se décida à recourir aux narcotiques et aux sédatifs. L'opium et la belladone, à la dose de 5 centigrammes chacun, répétés toutes les quatre ou six heures, avec quelques petits morceaux de glace d'abord, et ensuite avec une infusion faible de rhubarbe, réussirent mieux que tous les narcotiques à calmer le système nerveux et à faire cesser la constipation. Mais de cette manière, on ne combattait que les expressions symptomatiques de l'intoxication, et celle-ci persistait dans toute son intensité, ainsi que l'indiquaient l'aspect cachectique, la fétidité de l'haleine, l'amaigrissement et le défaut de forces, la décoloration de la peau et des membranes muqueuses, les bruits de soufflet anémiques et un commencement de paralysie dans les extenseurs des mains. Le traitement chimique proposé par MM. Chevalier et Rayer lui sembla pouvoir être de quelque utilité pour achever l'élimination du poison. M. Guéneau prescrivit en conséquence le sirop de sulfure hydraté de fer, des bains sulfureux tous les deux jours, et, dans l'intervalle, des bains savonneux. Sur les trois malades qui présentaient l'intoxication saturnine aussi profonde, deux seulement se sont soumis à ce traitement; le troisième s'est rendu sur le continent, où il a eu depuis plusieurs atteintes de coliques et une longue convalescence; il a eu recours plus tard aux bains sulfureux, et s'est parfaitement rétabli. Chez les deux autres, l'action chimique s'est traduite immédiatement par la coloration noirâtre des ongles des pieds et des mains, et par l'apparition de taches semblables sur différentes parties du corps. L'effet de ce traitement dépassa toutes les espérances. En deux ou trois semaines, les malades avaient passé d'une convalescence laborieuse à un état de santé parfait. (*Arch. de méd.*, juillet 1849.)

POLYPE UTÉRIN *ayant entraîné le renversement de l'utérus chez une jeune fille de dix-sept ans et nécessité l'extirpation de la matrice.* Parmi

les accidents les plus graves que peuvent entraîner les polypes utérins se place le renversement de l'utérus. Cet accident est grave, non-seulement parce qu'il rend plus abondantes les hémorrhagies utérines, symptôme si redoutable des polypes; mais encore parce qu'il crée au chirurgien des difficultés de diagnostic et de traitement considérables, et aussi parce qu'il peut obliger à pratiquer une opération très-dangereuse, la ligature ou la résection de la partie d'utérus invaginée ou même de tout l'utérus. Les annales de l'art renferment un grand nombre d'observations de polypes utérins ayant occasionné le renversement de l'utérus pendant le travail de l'accouchement ou immédiatement après la terminaison de ce travail; mais il est bien plus rare de voir cette inversion utérine se produire hors l'état de gestation chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Il y en a toutefois quelques exemples; mais ce qui n'avait été peut-être jamais observé, c'est un polype utérin suivi de ce renversement chez une jeune fille de dix-sept ans. Encore moins avait-on été obligé à cet âge de la vie de pratiquer une opération aussi grave que celle de l'extirpation de l'utérus. C'est ce qui donne un véritable intérêt à l'observation suivante : Une jeune fille de dix-sept ans, non mariée, n'ayant jamais eu d'enfant ni de fausses couches, réglée depuis six ou sept mois, avait été prise, à la seconde époque menstruelle, d'une violente métrorrhagie accompagnée de douleurs à l'hypogastre. Cette hémorrhagie dura un mois et laissa après elle un écoulement leucorrhéique fétide. Lorsqu'elle vint consulter le docteur Higgins, c'était à une de ses époques menstruelles, pour des douleurs très-violentes et comme expulsives qu'elle ressentait dans la matrice et dans le dos, douleurs qui revenaient par accès. A la suite de ces douleurs, une tumeur volumineuse était venue faire saillie dans le vagin et cherchait à sortir par l'orifice de ce conduit. Souffrances très-vives; pouls petit, concentré; écoulement abondant et fétide; sensation de tiraillement à la partie inférieure de l'abdomen et dans le dos. Tumeur faisant saillie à la vulve, irrégulière, grosse comme le cœur d'un adulte, et formée de deux portions distinctes, quoique réunies. Une de ces portions, solide, charnue, de forme pyramidale, couverte à sa base par l'autre portion nodulaire, fongoïde, spongieuse, sur laquelle on distinguait des fissures et des ulcérations, fournissant un écoulement abondant, sanieux et fétide. En recherchant quels étaient les rapports de ces deux tumeurs, on reconnut un pédicule court et solide, d'un demi-pouce de diamètre, qui paraissait se détacher du centre de la première tumeur, et se perdre dans la seconde. Celle-ci paraissait en quelque sorte se mouler sur celle-là, plus solide et plus résistante qu'elle. La première idée fut que cette tumeur était un double polype fibreux, chassé de la cavité utérine par un travail lent, et dont une partie s'était décomposée et déchirée au contact de l'air et sous l'influence des frottements. Pour arriver à un diagnostic plus précis, M. Higgins détacha, avec le manche d'un scalpel, toutes les portions ramollies de la tumeur; et, le pédicule mis à nu, il put reconnaître qu'il était de nature fibreuse. Quant au corps charnu, il avait la forme d'un champignon, d'un rouge uniforme, un peu aplati de haut en bas, du volume d'un œuf de dinde, solide au toucher, sensible à la pression, et dont la portion la plus étroite remontait dans le vagin. Sa surface était irrégulière, baignée d'un liquide fétide, sanguinolent, et présentant des érosions, dans le champ desquelles on apercevait des espèces de fibres comme musculaires. En pratiquant l'examen du vagin, et en cherchant le col de l'utérus, on trouva, au lieu de l'orifice, à trois ou quatre pouces de profondeur, un cul-de-sac complet, et immédiatement au-dessous un rebord saillant qui enserrait le sommet de la tumeur. Ces signes, joints à l'absence de cette résistance qui existe naturellement derrière le pubis, chez les personnes dont l'utérus occupe sa position normale, firent penser à un renversement complet de l'utérus entraîné par un polype.

L'auteur en acquit la certitude en trouvant à la surface de la tumeur les deux orifices des trompes de Fallope, dans lesquelles il put faire pénétrer un stylet à la profondeur de deux ou trois pouces. Cependant il importait de prendre un parti : non-seulement les forces de la ma-

lade étaient incessamment détruites par l'écoulement sanguin, mais encore les excoriations que présentait la tumeur, et qui s'étendaient tous les jours, pouvaient faire craindre qu'elle ne fût frappée de gangrène. Dans ces circonstances, M. Higgins se décida à pratiquer l'extirpation complète de la matrice. L'opération fut faite le 5 mai de la manière suivante : après avoir placé aussi haut que possible, sur la portion renversée du vagin, un ruban de fil d'un demi-pouce de largeur, qu'il serra avec une canule double, il coupa d'un seul trait, avec un scalpel ordinaire, dont l'extrémité était garnie dans l'étendue d'un pouce, la portion du vagin située immédiatement au-dessus du col. De cette manière, il détacha l'utérus en quelques secondes, presque sans hémorrhagie. Introduisant ensuite un spéculum bivalve, il passa trois points de suture à très-peu de distance de la surface de la plaie; il voulut alors relâcher la ligature qu'il avait placée en premier lieu ; mais il y renonça quand il vit qu'en relâchant la canule le sang coulait abondamment. La canule double fut fixée contre une des cuisses, le vagin rempli par une éponge trempée dans l'eau froide, et la malade remise au lit. L'opération avait été très-bien supportée; cependant quelques heures après, la malade eut des douleurs abdominales et lombaires, que l'on calma avec l'opium. A partir de ce moment, il ne survint plus d'accident. Deux mois après, la malade quittait l'hôpital parfaitement guérie; le vagin avait trois pouces de long, était fermé par un cul-de-sac complet, présentant sur la ligne médiane une petite cicatrice. Depuis cette époque l'auteur a vu cette malade à diverses fois, et tout récemment en juin 1848, cinq ans après l'opération; elle était parfaitement bien portante. Pendant des années, elle avait éprouvé des douleurs périodiques dans les reins, qui revenaient tous les mois, et duraient deux ou trois jours. Ces douleurs lombaires ont complétement disparu, et depuis son opération elle n'a jamais eu d'hémorrhagie supplémentaire. — Tout en applaudissant à la hardiesse du chirurgien dans cette opération couronnée d'un si beau succès, on se demande s'il n'eût pas été préférable de lier ou de réséquer les parties de l'utérus invaginées au-dessous du col, au lieu d'aller pratiquer l'extirpation complète de cet organe, au risque d'ouvrir le péritoine dans une très-grande étendue, de comprendre peut-être dans la ligature, ainsi que cela est malheureusement arrivé plusieurs fois, une anse intestinale engagée dans le cul-de-sac recto-utérin, et d'ouvrir dans certains cas le rectum et la vessie. Pour nous, nous n'hésiterions pas à nous en tenir à la ligature ou à la résection de la portion invaginée. (*Monthly journal*, et *Arch. de méd.*, août 1849.)

RÉTENTIONS D'URINE. *Moyen d'y remédier sans recourir au cathétérisme.* Le cathétérisme est souvent difficile et loin d'être toujours sans danger ; ces difficultés et ces dangers s'accroissent précisément en raison, souvent, de l'urgence même qui en réclame l'emploi. Des praticiens peu exercés ou peu familiarisés avec le maniement du cathéter peuvent cependant tous les jours se trouver en face de ces difficultés et de ces obstacles, que les plus habiles chirurgiens ne parviennent pas toujours à lever. Quels services ne rendrait-on pas, dans ce cas, aux praticiens, comme aux malades, si l'on pouvait, en les affranchissant du cathétérisme, épargner aux uns et aux autres le souci et les tortures de manœuvres infructueuses ! C'est là le problème difficile qu'a cherché à résoudre M. le docteur Casenave (de Bordeaux). Il ne s'agit, bien entendu, que d'un moyen de remédier momentanément aux accidents graves et pressants qui sont la conséquence d'une rétention d'urine, et non de la guérison des lésions variées qui la produisent. Or, voici comment M. Cazenave dit y être parvenu. Nous le laissons parler lui-même.

« Lorsque je suis appelé, dit M. Cazenave, auprès d'un malade qui a une rétention d'urine complète ou incomplète, je fais vider immédiatement le gros intestin avec un demi-lavement huileux, et quelquefois purgatif, s'il existe une constipation habituelle, ou s'il n'y a pas eu de garderobes depuis quinze ou dix-huit heures. Quand ce lavement est rendu, j'en fais servir un second, mais un quart seulement et à l'eau froide ; prescrire le repos absolu dans le lit, et faire placer autour de la verge, sur le périnée, sur les cuisses, à l'anus et à l'hypogastre, des compresses imprégnées d'eau froide, mais mieux des ves-

sies de cochon remplies au quart d'eau à la glace, ou de la glace grossièrement concassée. Si, après une demi-heure d'attente, le malade n'urine pas ou n'urine que très-peu, je le fais placer sur le bord de son lit, garni d'une alèze en taffetas ciré, et lui fais servir de petites douches ascendantes froides et à jet continu, pendant 20 à 25 minutes. Après cet espace temps, je fais administrer un autre quart de lavement, et introduis moi-même dans le rectum de petits morceaux de glace, à surfaces lisses et non blessantes. D'un autre côté, je continue les applications réfrigérantes sur les parties indiquées plus haut. »

M. Cazenave a employé ce procédé sur onze malades pris de rétention d'urine, trois pour cause de prostatite chronique, et huit par des ischuries occasionnées par des rétrécissements plus ou moins étendus de l'urètre. Il a échoué sur les trois premiers malades ; il n'a pas mieux réussi sur deux des huit autres malades qui avaient eu déjà à supporter de longues tentatives infructueuses de cathétérisme, mais il a complétement réussi chez les 6 autres sujets, dont quelques-uns avaient également été soumis au cathétérisme sans résultat.

L'idée de M. Cazenave n'est pas entièrement nouvelle; une pratique analogue, si nous nous en souvenons bien, a déjà été recommandée par un chirurgien dont le nom nous échappe, dans le recueil des *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*; on en peut même reconnaître le germe dans une pratique vulgaire usitée par toutes les mères et par toutes les nourrices qui, lorsque leurs enfants ou leurs nourrissons éprouvent quelque difficulté à uriner, ne manquent pas d'appliquer quelques instants le vase contre le périnée ; l'impression de froid qui en résulte ne tarde pas à résoudre l'espèce de spasme qui s'opposait à l'émission de l'urine. Mais pour avoir une date ancienne ou une origine aussi commune, cette idée n'en est pas moins bonne; et à ce titre elle mérite d'être signalée et recommandée à l'attention des praticiens. (*Union médicale*, juillet 1849.)

VARIÉTÉS.

Notre dernier Bulletin signalait comme très-prochaine une recrudescence dans la marche de l'épidémie cholérique. Elle a eu lieu effectivement ; mais, hâtons-nous de le dire, elle s'est tenue bien loin des proportions formidables de celle des mois de juin et de juillet. C'est le 16 août que la maladie a atteint son maximum dans les hôpitaux et hospices civils; ce jour-là, il y a eu 56 entrées et 29 décès. Pendant deux ou trois jours encore, l'épidémie s'est maintenue dans ces chiffres élevés ; puis elle est descendue à 17 ou 20 entrées et 10 ou 14 décès par jour. En ville, la mortalité la plus forte (49 décès) a été constatée le 14 août, c'est-à-dire à peu de chose près à la même époque que dans les hôpitaux. Tout fait donc espérer que l'épidémie va rentrer dans ses anciennes limites et s'y maintiendra pendant quelque temps, jusqu'à ce que l'abaissement de la température achève de la faire disparaître complétement.

Nous avons sous les yeux les tables de la mortalité pour les six premiers mois de l'année 1849, qui ont été envoyées par l'autorité à l'Académie de médecine. Nous y voyons que sur 33,274 personnes qui ont succombé dans cet espace de temps, 15,677 sont mortes du choléra. Le nombre des décès à domicile a été plus considérable que dans les hôpitaux ; 9,019 à domicile ; 6,658 dans les établissements nosocomiaux. Le sexe féminin a aussi beaucoup plus souffert que le sexe masculin, tant à domicile que dans les hôpitaux (7,740 décès appartiennent au sexe masculin, et 7,937 au sexe féminin). En addi-

tionnant ces chiffres avec ceux des mois de juin et de juillet, on a pour résultat général 17,500 décès, c'est-à-dire un chiffre très-voisin de celui de l'épidémie de 1832, qui a été de 18,556.

Le choléra continue à s'étendre dans les départements du Midi. Vaucluse, le Gard, les Bouches-du-Rhône, l'Hérault, ont été envahis ; mais, pour s'étendre, le choléra n'abandonne pas les départements qu'il avait déjà frappés. Plusieurs départements rapprochés de Paris, l'Aisne, la Côte-d'Or, Seine-et-Oise, et plusieurs autres encore, continuent à être ravagés, sinon dans toute leur étendue, du moins sur un certain nombre de points.

A l'étranger, l'extension de l'épidémie n'est pas moindre. Déjà on a signalé quelques cas de choléra en Piémont, dans l'Etat de Venise, en Espagne, à Madrid, dans le Wurtemberg. Mais c'est surtout en Angleterre et aux Etats-Unis que le choléra règne avec une grande intensité. A Londres, après avoir diminué pendant huit jours, il a reparu avec plus de violence, et emporté, dans une seule semaine, 1,230 personnes. Dans la même semaine, le nombre des décès, pour le reste de l'Angleterre, a été de 1,049. A New-York, il mourait encore 100 personnes par jour à la fin de juillet ; et, depuis le commencement de l'épidémie, il était mort 3,087 personnes. A Saint-Louis, le fléau était en décroissance. A Cincinnati, il était mort, depuis le 10 mai jusqu'au 23 juillet, 2,843 personnes. A la Nouvelle-Orléans, du 12 décembre 1848 au 20 juillet 1849, près de 1,400 décès.

Le gouvernement espagnol vient de fonder une Académie royale des sciences, consacrée, comme celle qui existe en France sous le même nom, à l'étude approfondie et à la propagation des sciences exactes, des sciences physiques et des sciences naturelles. Cette Académie, composée de trente membres ordinaires et de membres correspondants choisis parmi l'élite des savants étrangers, est présidée par le général Zara del Valle, commandant en chef le corps du génie.

Les idées contagionnistes, imprudemment jetées dans le public par quelques médecins, n'ont que trop germé dans les masses. Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Rochoux a porté à la connaissance de ce corps savant plusieurs faits déplorables qui démontrent l'extension et la funeste influence des idées de contagion. Dans un petit village près de Bourges, les habitants ont chassé et maltraité les sœurs de charité qui venaient leur prodiguer leurs soins. Ailleurs, le curé et le médecin sont forcés d'ensevelir les morts, et dans certains pays le curé a été forcé de couper la récolte arrivée à maturité autour d'un hôpital temporaire de cholériques. Ailleurs enfin, l'agitation a pris tous les caractères d'une émeute, et à Rochefort, par exemple, il a fallu mettre la garnison sous les armes pour réprimer les perturbateurs qui voulaient mettre tout à feu et à sang *dans le cas où le choléra n'aurait pas disparu de la ville dans les vingt-quatre heures.* M. Rochoux a pris texte de ces événements pour presser la Commission de faire son rapport. Nous joindrons nos prières à celles de l'honorable académicien; non pas que nous ayons l'espérance de voir des discussions académiques triompher d'idées trop enracinées dans les masses, mais parce que nous avons la conviction que cette discussion réduira au silence quelques esprits paradoxaux qui encouragent de pareilles doctrines.

Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, chargé par intérim du ministère de l'instruction publique et des cultes, en date du 21 août 1849, un concours public sera ouvert le 1er mai 1850, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour la chaire de clinique externe vacante dans cette Faculté.

La Faculté de Montpellier vient de perdre l'un de ses membres dans la personne de M. Risueno d'Amador, professeur de pathologie et de thérapeutique générales. M. Risueno est mort presque subitement à Bagnères de Bigorre.

M. le docteur Alquié, membre du Conseil de santé des armées, vient d'être envoyé en mission à Rome pour « veiller, dit le *Moniteur du soir*, à l'emploi de tous les moyens destinés à garantir les troupes du corps expéditionnaire des influences climatériques et de l'effet des fatigues du siége. »

Notre honorable confrère, M. Hélis, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, et M. Couronné, médecin des établissements de bienfaisance, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

Notre honorable confrère, M. le docteur Paul Dieulafoy, vient d'être nommé, par un arrêté de M. le Préfet de la Haute-Garonne, en date du 11 août courant, chirurgien en chef de l'hospice de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques de Toulouse, en remplacement de M. Ch. Viguerie neveu, démissionnaire pour motif de santé.

La statue de l'illustre Larrey, l'une des plus grandes illustrations de la chirurgie militaire, sera inaugurée prochainement au Val-de-Grâce, le jour de la distribution des médailles d'honneur aux lauréats de cette école.

On assure qu'il est question de réunir en une seule les trois écoles de santé de la marine, celles de Toulon, de Rochefort et de Brest, affectées aux études nécessaires pour former des chirurgiens de marine. Cette école recevrait d'importants développements et serait placée à Toulon.

La Société britannique pour l'avancement des sciences tiendra sa première séance à Birmingham, le 12 septembre prochain.

Nous avons à annoncer la mort de plusieurs médecins distingués en Angleterre, M. Aston Key, le célèbre chirurgien de l'hôpital de Guy, M. Scadamore, l'auteur du célèbre *Traité de la goutte;* et Burton, médecin en chef de l'hôpital Saint-Thomas; en Espagne, M. Hurtado de Mendoza, le *Broussais* de ce pays; et en Allemagne, M. Bartholdi, professeur de philosophie naturelle à l'École centrale de Colmar.

La Turquie entre à pleines voiles dans la voie du progrès, tandis que l'Egypte, sous son nouveau maître, semble rétrograder vers les temps de barbarie. Le gouvernement turc vient de prendre un arrêté qui institue, dans les principales localités de l'empire, des médecins subventionnés par l'Etat, qui devront, sous peine de destitution, donner gratuitement leurs soins à tous ceux qui les réclameront. Pour prouver toute l'estime que le sultan fait du corps médical de son empire, il a assisté, le 24 juillet dernier, aux examens et à la distribution solennelle des prix de l'Ecole de médecine.

Le dernier relevé de la population qui a été fait en Prusse, à la fin de 1846, porte à 5,137 le nombre des médecins libres, à 351 celui des médecins militaires, à 825 celui des chirurgiens de première classe, et à 1,444 celui des chirurgiens de seconde classe, pour une population de 16,110,000 habitants, et pour une surface de 5,080 milles carrés. Le nombre des pharmaciens est de 1,423, et celui des sages-femmes de 11,539.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

COUP D'ŒIL SUR LA MÉDICATION ARSENICALE : SON EMPLOI DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

La médication arsenicale remonte par son origine aux temps les plus reculés, et le témoignage des hommes les plus considérables des siècles passés ne lui fait pas défaut ; toujours est-il qu'elle n'est pas encore parvenue à prendre droit de cité dans le code thérapeutique ; les dangers de son emploi ont toujours effrayé les malades et les médecins.

Pour les premiers, on le conçoit ; il est peu de substances dont l'homme ait été plus souvent victime, et son nom seul rappelle les crimes les plus atroces ou les méprises les plus déplorables. Mais pour l'homme de l'art peut-il en être de même ? A-t-il le droit de céder à d'aussi injustes préventions, et de repousser un agent thérapeutique par de semblables motifs ? Nous ne le pensons pas. Fort de sa prudence, lorsque l'emploi des préparations arsenicales est nettement formulé, il ne peut pas hésiter à y avoir recours. L'énergie d'action de l'arsenic est-elle d'ailleurs tellement au-dessus de celle des sels de morphine, de strychnine, etc., que nous employons tous les jours ?

Il est deux classes de remèdes, l'une large, étendue, nombreuse, qui satisfait au courant de la pratique et constitue le code thérapeutique ; l'autre restreinte, contestée, abandonnée aux mains des charlatans et des empiriques, et dans laquelle de temps en temps le praticien, hors ligne, va puiser avec sagacité et obtient alors de ces succès qui relèvent à ses yeux la puissance de son art en même temps qu'ils frappent d'admiration l'esprit du vulgaire. C'est à cette dernière classe qu'appartient encore la médication arsenicale. Le temps n'est-il pas venu de la réhabiliter ?

Chaque fois que de nouvelles études en ont été faites, on voit que ce sont les succès des empiriques qui ont excité les premières recherches des expérimentateurs sérieux ; ainsi Fowler (Medical reports of the effects of the arsenic in the cure of agues fevers and periodic headachs, etc.) nous raconte que ce qui lui donna l'idée de faire l'essai de cette substance fut une recette de charlatan qui avait acquis une vogue immense en Angleterre sous le nom de *gouttes insipides* ou *gouttes fébrifuges privilégiées*. Informé par M. Hugues, habile chimiste qui avait analysé la liqueur, qu'elle contenait seulement de l'arsenic, Fowler se décida à faire usage d'une solution d'acide arsé-

nieux et lui donna, pour ne pas effrayer le public, le nom de *solution minérale*. Il fut étonné du nombre des ses succès, et le livre dans lequel il les rassembla pour les soumettre au public médical ne tarda pas à populariser en Angleterre cette médication oubliée.

Nous ne tenterons pas de tracer l'historique de l'emploi des préparations arsenicales, ce serait dépasser les limites que nous nous sommes imposées ; seulement tous les praticiens au courant de la science savent que les préparations arsenicales étaient employées par les médecins du premier âge. Les propriétés des sels arsenicaux leur avaient été révélées par Hippocrate et surtout par Dioscoride. Le passage dans lequel ce dernier signale l'action des arsenicaux est même trop remarquable de netteté et de précision pour que nous ne le citions pas de suite ; nous aurons d'ailleurs à y revenir plus tard. Voici ce passage : « A l'intérieur on donne l'arsenic aux malades qui ont du pus dans la poitrine : mêlé au miel, il rend la voix plus claire, et on le donne aux asthmatiques en potion avec de la résine. Dans les toux invétérées, on fait respirer aux malades, à l'aide d'un tube, la vapeur d'un mélange de résine et d'arsenic, etc. » Pline d'abord, et plus près de nous les médecins arabes ont témoigné de ces mêmes effets. Cette unanimité des anciens a soutenu seule les hommes graves dans les expériences que leur commandèrent les succès des empiriques dont ils étaient témoins. Seulement nous devons faire observer que l'arsenic (acide arsénieux) était inconnu des anciens, et que les substances qu'ils désignèrent sous ce nom étaient les sulfures de ce métal que l'on trouve, dans certaines mines, à l'état natif, l'orpiment et le réalgar. Aujourd'hui même cette confusion de noms existe encore, et ce qu'on désigne tous les jours dans les recueils scientifiques sous le nom d'arsenic, d'oxyde blanc d'arsenic, est l'acide arsénieux.

Ce médicament héroïque resta longtemps, on le sait, la possession exclusive des charlatans, puis quelques chirurgiens militaires cherchèrent des premiers à le mettre en honneur. Mais ce fut seulement au commencement du dix-huitième siècle, qu'un médecin instruit, un homme grave, H. Slevogt, professeur à Iéna, fit paraître le premier travail sur les propriétés fébrifuges de l'arsenic (*De exceptionibus sive permissione prohibitorum, et prohibitione permissorum*. Iéna, 1700). A dater de cette époque, de nombreux travaux vinrent mettre hors de doute cette action remarquable. Bien que son efficacité fébrifuge lui ait été et lui soit encore vivement contestée, il ne la possède pas moins d'une façon irrécusable, et pour nous en tenir, en fait de citations, à l'ouvrage de Fowler, dont nous venons de faire mention, on y voit que, sur 240 malades atteints de fièvres intermittentes, 171 furent

parfaitement guéris, 45 résistèrent à l'action fébrifuge de cette substance et furent traités avec succès par le quinquina ; quant aux 24 autres, ils suivirent leurs prescriptions avec une telle négligence, qu'ils n'obtinrent pas de guérison, ni avec l'une ni avec l'autre médication.

Au commencement de ce siècle, lors de nos guerres avec la Grande-Bretagne, le prix élevé du quinquina pendant le blocus continental fit de nouveau recourir à l'emploi de l'acide arsénieux, comme à l'un des meilleurs succédanés de l'écorce péruvienne; mais la doctrine physiologique est venue rayer la médication arsenicale, comme tant d'autres, de notre thérapeutique, où l'avaient honorablement replacée les travaux de Desgranges, de Fodéré, etc.

Tout le monde sait qu'il y a quelques années, un médecin de l'armée d'Afrique, de grand mérite, observant sur un théâtre où les fièvres intermittentes ne sont pas seulement fréquentes, mais où elles se présentent souvent avec la plus grave intensité, a repris, avec une persévérance des plus louables, la question de l'efficacité des préparations arsenicales comme traitement exclusif des fièvres intermittentes, et, il faut bien le reconnaître, les expériences de M. Boudin sont venues témoigner bien haut en faveur de cette puissante médication.

D'où vient donc que des travaux si nombreux, si probants, n'ont pu parvenir à réhabiliter l'emploi de l'acide arsénieux comme antifébrifuge ? La raison en est facile à trouver. Il a, sous ce rapport, à lutter contre un de ces remèdes héroïques, dont malheureusement le nombre est trop restreint ; auquel le praticien donne toujours d'autant plus facilement la préférence, que son innocuité lui paraît mieux établie, et qu'il a plus l'habitude de le manier ; nous avons nommé le quinquina.

Le quinquina est un agent thérapeutique dont l'action médicamenteuse est tellement démontrée et si efficace dans la curation des fièvres intermittentes, que, dans l'état actuel de la science, il y aurait plus que de l'imprudence à lui assimiler d'une manière absolue l'un de ses succédanés quelconque. Mais depuis que, par l'occupation française en Afrique, les connaissances médicales ont pris plus d'étendue et de certitude en ce qui touche les fièvres paludéennes, un fait, considéré jusque-là comme exceptionnel, a été définitivement acquis à la science ; c'est qu'il est des fièvres intermittentes, en petit nombre à la vérité, qui ne guérissent pas par le sulfate de quinine, ou qui, si elles guérissent temporairement, ne tardent pas à récidiver et se montrent réfractaires aux préparations de quinquina. Ainsi la ténacité des fièvres ou, dans certains cas, des contre-indications individuelles ont conduit le médecin à recourir à d'autres agents médicamenteux dont les vertus

antifébriles avaient été déjà constatées par l'expérience. Dans certains pays, en Espagne par exemple, la salicine est seule employée, et en Amérique, c'est l'écorce du magnolier, du baobab, de Winter, ou d'autres écorces analogues qui sont l'objet d'un emploi général et presque exclusif.

Au point de vue où nous venons de nous placer, les préparations arsenicales ne sauraient être appelées qu'à jouer un rôle très-médiocre en thérapeutique, et le quinquina conserverait longtemps encore sa suprématie incontestée, n'était une circonstance futile en apparence, mais d'une importance très-grande au fond, nous voulons parler de la cherté du médicament. Par suite de l'exploitation inintelligente des forêts de quinquina de l'Amérique du Sud, par suite des peines énormes prononcées par divers gouvernements de cette partie de l'Amérique contre l'exploitation de ces forêts et l'exportation du quinquina, les quantités de ces précieuses écorces ont diminué d'année en année sur les marchés à mesure que les besoins se multipliaient et que les applications utiles en devenaient plus nombreuses et plus urgentes. D'année en année aussi, le prix du sulfate de quinine s'est élevé, et au moment où nous écrivons ces lignes, le quinquina, dans le commerce et en gros, vaut 24 fr. les 31 grammes, 75 c. le gramme, près de 4 c. les 5 centigrammes, et au détail 2 fr. le gramme; tout fait croire que ce prix sera bientôt dépassé. Qu'on fasse la part du profit légitime du détaillant et qu'on nous dise comment un habitant de la campagne, comment un cultivateur de ces pays pauvres où les fièvres règnent en maîtresses, pourra se procurer les trois ou quatre grammes qui composent le traitement complet d'une fièvre intermittente. Ainsi, il est cruel de le dire, mais cela est la vérité, en présence du prix élevé de cette substance, les populations des pays de fièvres s'en tiennent aux préparations fébrifuges à leur portée et vont en se détériorant de jour en jour.

Non moins malheureux est le praticien condamné à exercer au milieu de ces malheureux pays. A chaque instant ses meilleures intentions échouent contre la nécessité, et à ses oreilles retentissent ces mots cruels: « la quinine est trop chère ! » Il est en France des pays, celui de Dombes, par exemple, où les cultivateurs, au dire de M. Ebrard, font appeler un médecin seulement à l'époque des grands travaux pour leur *couper* la fièvre, parce que de leur santé dépendent alors la fortune et la vie de leurs familles; dans d'autres circonstances, ils laissent la maladie suivre son cours, s'user d'elle-même. Les femmes, les enfants ne font aucun traitement. A quoi servirait, après cela, que, suivant le vœu de Nepple, *on taxât la quinine comme le pain?* A quelque prix qu'elle fût taxée, le fût-elle au prix de revient, elle serait encore, dans l'im-

mense majorité des cas, au-dessus des ressources de ces pauvres cultivateurs.

Nous regrettons d'employer des couleurs aussi sombres ; mais nous affirmons que nous n'exagérons rien. Jamais le moment ne fut mieux choisi pour étudier les moyens de remplacer les préparations de quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes ; et, nous le disons avec conviction, les préparations arsenicales, employées d'une certaine manière et avec les précautions convenables, sont de nature à rendre à la médecine, sous ce rapport, un grand et signalé service.

Bien que les préparations arsenicales aient été essayées dans ces derniers temps par beaucoup de praticiens, M. Boudin est vraiment le seul qui ait fait, avec ce médicament, des expériences sur une grande échelle. Nous empruntons à une note qu'il nous a communiquée et au Mémoire plus étendu qu'il vient de lire à l'Académie de médecine, les éléments de cette médication de la fièvre intermittente.

C'est à Marseille, en 1840, que M. Boudin a commencé l'administration de l'arsenic, et depuis cette époque il n'en a pas suspendu l'emploi un seul instant. Médecin de l'hôpital militaire de cette ville, il eut à traiter à cette époque un très-grand nombre de fièvres intermittentes contractées en Afrique, dont quelques-unes datant d'un an ou dix-huit mois, et rebelles à dix ou douze traitements successifs par la quinine. Après de nombreux essais sur lui-même, il prescrivit l'arsenic, et à sa grande satisfaction il réussit. On peut évaluer aujourd'hui à 4,500 ou 5,000 le nombre des malades fébricitants traités de cette manière par M. Boudin, dans les divers hôpitaux, et sans qu'il ait trouvé un seul cas rebelle à l'arsenic, ni un seul cas où le médicament ait produit le moindre accident.

La préparation que M. Boudin emploie actuellement est la suivante :

Pr. Acide arsénieux. . . . . . . 0,5 décigrammes.
Eau distillée. . . . . . . 1,000 grammes.

Faites bouillir pendant un quart d'heure, afin d'assurer la solution. — Cette solution contient donc 5 centigrammes, ou 1 grain par 100 grammes de véhicule, et M. Boudin donne de 3 à 6 centigrammes d'acide arsénieux par jour en commençant par la dose la plus faible. Depuis quelque temps, il mêle la solution arsenicale à une certaine quantité de lait sucré (100 grammes), ou à 70 grammes de vin sucré aromatisé avec la teinture de cannelle ; mais cette addition a peu d'importance, attendu que la solution arsenicale est par elle-même sans saveur aucune. Le médicament est pris en deux, trois ou quatre fois, quatre ou cinq heures avant le moment présumé de l'accès, et continué pendant les jours d'apyrexie.

Dans tous les cas de fièvre, et quel qu'en soit le type, quelle que soit sa durée antérieure ou le nombre de ses récidives, quels que soient l'âge ou la constitution des malades ou les désordres organiques produits, M. Boudin commence par administrer un vomitif.

Non-seulement M. Boudin ne saigne pas ses malades et ne les met pas à la diète; mais même, considérant une privation alimentaire comme une saignée indirecte, il les met à un régime aussi substantiel que possible, et dans lequel le vin n'est pas oublié.

En général, les accès disparaissent dès le premier jour de l'administration du médicament, même lorsqu'il n'a été pris que quatre ou cinq heures avant le moment où cet accès doit se manifester. Dans d'autres cas l'accès n'est pas diminué; mais il ne tarde presque jamais à disparaître, et persiste rarement au delà de la troisième ou quatrième prise. La durée du traitement varie, bien entendu, selon l'ancienneté de la maladie; et il est des cas exceptionnels dans lesquels M. Boudin a continué l'arsenic pendant un et même deux mois.

Depuis que M. Boudin se sert exclusivement de cette médication, il n'a pas remarqué plus de récidives, tout au contraire. Nous voyons en effet, sur le relevé d'un de ses élèves, M. Masselot, que pour les fièvres intermittentes traitées par le sulfate de quinine il y a douze récidives sur cent, et trois sur cent seulement pour les fièvres traitées par l'arsenic.

Maintenant nous devons avouer qu'il reste dans cette médication quelques lacunes que le Mémoire de M. Boudin ne comble pas entièrement. Nous ignorons quelle est son influence sur certains phénomènes primitifs ou consécutifs de la fièvre intermittente, le gonflement de la rate, l'œdème des extrémités, l'ascite, le gonflement du foie, la coloration jaunâtre cachectique de la peau, etc., etc. Nous ignorons surtout quelles sont les indications principales de l'emploi de ces préparations, à quels signes on peut reconnaître les fièvres qui céderont à ces moyens et celles qui n'y céderont pas. Pour M. Boudin, cette dernière circonstance n'existe pas; mais n'est-il pas permis de croire, dans les cas où il a fallu continuer le traitement pendant un ou deux mois, que la fièvre a cédé *par elle-même,* et en s'usant véritablement loin du foyer d'infection, plutôt qu'elle n'a été suspendue par l'arsenic? Autrement dit, la formule de la médication arsenicale des fièvres est trouvée aujourd'hui. Reste à préciser les indications.

Bien peu de temps s'écoulera, nous l'espérons du moins, avant que ce dernier résultat soit obtenu. L'administration de la guerre, qui dépense, chaque année, 500 kilogrammes de quinine à 700 fr., c'est-à-dire 350,000 fr., a été frappée des grandes économies que permettrait

de réaliser l'introduction de ce fébrifuge dans la thérapeutique militaire. Une enquête a été ouverte ; des expériences se poursuivent en ce moment à l'hôpital du Roule, dont M. Boudin est médecin en chef. Nous désirons qu'elles soient complètes et qu'elles répondent d'une manière catégorique à toutes les objections.

Nos lecteurs peuvent compter que nous ne leur laisserons pas ignorer le résultat de ces expériences ; mais, en attendant, nous croyons que les faits déjà connus suffisent à les autoriser à tenter l'application des préparations arsenicales dans les fièvres intermittentes, avec les précautions et aux doses qui viennent d'être indiquées dans cet article. Seulement, comme le mot *arsenic* est de nature à susciter quelques objections de la part de leurs malades, qu'ils ne prononcent pas ce mot dans leurs prescriptions, et qu'ils le désignent sous le nom de *solution minérale*, employé par Fowler, ou même encore sous le nom de *fébrifuge minéral*. D.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CONSIDÉRATIONS PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LE VOMISSEMENT NERVEUX.

Par M. VALLEIX, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite (ancien Hôtel-Dieu annexe). (Deuxième article) (1).

Les *symptômes* de la maladie qui nous occupe ne présentent pas de très-grandes différences dans les divers cas. Il n'y a que des dissemblances de détail, que néanmoins je signalerai parce qu'elles méritent d'être connues. Ces symptômes sont peu nombreux, comme on l'a pu voir dans l'observation précédente qui peut être considérée comme un type. Passons-les en revue ; mais auparavant, disons quelques mots du début.

Dans les cas que j'ai pu étudier, le *début* a à peine été annoncé par quelque malaise précurseur, et parfois même il n'y a eu aucune espèce de malaise, comme on a pu le voir dans l'observation précédente. Je n'ai vu qu'un seul cas exceptionnel, dont je parlerai tout à l'heure parce qu'il a été très-remarquable sous le rapport du début de la maladie.

Le malaise éprouvé par les malades, quelques jours avant que les vomissements se déclarent, consiste dans un sentiment de pesanteur à l'estomac, quelquefois dans des nausées, ou un liquide aqueux venant à la bouche, principalement le matin. Cet état est bien connu, car on le voit souvent précéder le vomissement dans les premiers temps de la grossesse.

(1) Voir la livraison du 15 août, p. 241.

Dans le cas exceptionnel dont je parlais, le début fut très-insidieux, comme on peut en juger par le résumé de l'observation que je crois devoir donner ici.

Obs. III. *Symptômes de fièvre intermittente avec symptômes du côté du tube intestinal; plus tard vomissements nerveux; mort au bout de neuf semaines de maladie.* — Au printemps de l'année 1846, je fus appelé auprès d'une portière de la rue de Provence, prise, la veille, à trois heures de l'après-midi, d'un frisson assez violent qui dura une demi-heure environ, et qui fut suivi de vives coliques, avec sentiment de défaillance, terminées par plusieurs évacuations de matières liquides, non sanglantes.

A la suite de ces évacuations, il resta un sentiment de faiblesse considérable, un peu de céphalalgie, du dégoût pour les aliments. La nuit, il y eut seulement une moiteur assez forte.

Au moment où je vis la malade, la moiteur avait cessé, il n'y avait plus eu d'évacuations alvines; mais l'abattement, la céphalalgie, l'anorexie persistaient. Cependant la langue était naturelle et il n'y avait aucun signe de fièvre. Cette femme était très-bien constituée, avait un appétit considérable et était d'un grand embonpoint; elle était d'une bonne santé habituelle.

Je me bornai à prescrire une potion calmante, et de l'eau de tilleul.

Le lendemain, à la même heure, les mêmes accidents se reproduisirent. Il y eut des selles plus abondantes; l'accablement et la céphalalgie devinrent plus profonds; même moiteur la nuit.

Dans la journée qui suivit, je fis prendre cinq pilules contenant chacune un décigramme de sulfate de quinine; un lavement d'eau de guimauve avec dix gouttes de laudanum de Sydenham; la même boisson et la même potion calmante que la veille.

Le jour de l'accès revenu, et les pilules ayant été continuées dans la matinée, il n'y eut plus ni frisson ni diarrhée; mais l'appétit ne revint pas et les forces restèrent abattues.

Le traitement fut continué pendant six ou sept jours. Au bout de ce temps il survint un peu de chaleur à l'estomac, et l'on suspendit les pilules. Cependant l'appétit s'était en grande partie rétabli et la malade se trouvait infiniment mieux.

Trois jours après la suspension du traitement, et lorsque la maladie paraissait à peu près terminée, bien qu'il y eût toujours un peu de malaise, il survint le matin, sans cause appréciable un vomissement de liquide transparent, légèrement mousseux, abondant. Un vomissement semblable eut lieu dans l'après-midi; la malade n'y fit qu'une médiocre attention, parce qu'après ces vomissements tout rentra dans l'ordre.

Quelques jours après, les mêmes vomissements se reproduisirent et furent encore suivis de plusieurs journées de calme, pendant lesquelles néanmoins le malaise général continuait.

Peu à peu les vomissements se rapprochèrent comme dans le cas précédent, et enfin il y en eut plusieurs tous les jours. Ce fut seulement alors que je fus rappelé auprès de la malade.

Les vomissements étaient presque toujours aqueux; quelquefois cependant les aliments étaient rejetés, mais seulement lorsque les envies de

vomir survenaient immédiatement après leur ingestion. Rarement il y eut un peu de bile dans les matières vomies.

Bien qu'il n'y eût plus d'intermittence appréciable, me reportant au début de l'affection, je crus devoir prescrire de nouveau le sulfate de quinine. Vu l'état de l'estomac je le donnai en lavement à la dose d'un à deux grammes par jour, en ajoutant quelques gouttes de laudanum à chaque lavement.

Il y eut des alternatives de mieux et de plus mal, comme dans le cas précédent, mais sans que le traitement parût avoir la moindre influence. Au bout de quinze jours je fis transporter la malade à l'hôpital Sainte-Marguerite (alors Hôtel-Dieu annexe), dans ma division. Là furent mis en usage les vésicatoires saupoudrés de morphine, l'éther, la valériane, le castoréum, l'assa-fœtida, l'opium, la glace, les eaux gazeuses, les potions de Rivière, les amers, les toniques, le tout sans succès ; les vomissements continuèrent, ne laissant de loin en loin que quelques jours de répit, pendant lesquels la malade reprenait un peu d'espoir bientôt trompé.

Cependant il n'y avait pas de douleur réelle à l'épigastre; c'était plutôt un soulèvement pénible de l'estomac, un *mal de cœur* fatigant, pour me servir de l'expression vulgaire. Les éructations étaient fréquentes, et l'abattement des forces considérable ; mais l'appétit se conservait encore à un certain degré, la peau avait sa chaleur naturelle, et le pouls, un peu faible seulement, n'était nullement accéléré; l'amaigrissement commençait seulement à devenir très-notable après sept semaines de maladie.

La malade, fatiguée d'être traitée à l'hôpital sans succès, voulut retourner chez elle ; je continuai à la voir. Trois ou quatre jours après sa sortie, il parut y avoir de nouveau de l'intermittence. Tous les jours, vers dix ou onze heures du matin, un malaise plus considérable se faisait sentir, et les vomissements devenaient plus fréquents. Je fis reprendre le sulfate de quinine en lavements et, de plus, je fis appliquer sur l'épigastre un large vésicatoire qu'on saupoudra avec soixante centigrammes de sulfate de quinine. L'application de la quinine sur la peau dénudée fut excessivement douloureuse. L'état ne s'améliora pas, et le pouls commença à prendre de la fréquence.

Les cinq derniers jours la fièvre s'alluma et fut assez forte; le délire survint, les vomissements cessèrent, et la malade succomba entièrement privée de connaissance, après une assez longue agonie.

Réflexions. La première question que l'on se fait, après avoir lu avec attention l'histoire de cette malade, est celle de savoir s'il n'y aurait pas eu deux maladies, si d'abord on n'aurait pas eu affaire à une fièvre intermittente anormale qui, guérie par le sulfate de quinine, aurait fait place aux vomissements nerveux. Il y a plus, on pourrait même se demander si le sulfate de quinine n'aurait pas été la cause de ces vomissements opiniâtres qui ont fini par causer la mort de cette femme.

Je ne crois pas qu'il y ait eu deux maladies distinctes. Je pense que les accès survenus dans les premiers jours n'étaient autre chose que les premiers symptômes d'une perturbation nerveuse qui a fini par se fixer sur l'estomac. Remarquons, en effet, que bien que les accès se fus-

sent dissipés sous l'influence du sulfate de quinine, le malaise généra persistait, l'appétit ne se rétablissait pas complétement ; en un mot, l'état de maladie était encore évident lorsque le premier vomissement a eu lieu. Ce qui prouve bien, ce me semble, qu'il faut interpréter ce fait de cette manière, c'est qu'entre ce vomissement et le second il y a eu un intervalle de plusieurs jours, pendant lesquels la malade a été précisément dans le même état de malaise ; or, il est bien évident que ces vomissements et ceux qui les ont suivis constituaient non pas des maladies distinctes, mais des symptômes d'un seul et même état.

Faudrait-il attribuer les vomissements au sulfate de quinine ? Tout le monde sait que ce médicament, lorsqu'on en abuse, donne lieu à des douleurs d'estomac, à des troubles plus ou moins marqués de la digestion et peut même aller jusqu'à provoquer des vomissements. Mais on sait aussi qu'en suspendant l'administration du sel fébrifuge et en prescrivant quelques moyens calmants et un régime un peu sévère, on fait promptement disparaître les accidents. Or, dans ce cas, nous remarquons : 1° que le sulfate de quinine a été donné à dose modérée ; 2° qu'il n'a nullement déterminé ces douleurs d'estomac qui précèdent les troubles de la digestion dans les cas où ce médicament cause des accidents ; qu'il y eut seulement un peu de chaleur passagère, et qu'après la suspension du médicament les fonctions de l'estomac se rétablirent assez bien ; 3° que le vomissement suivit exactement la même marche que dans les autres cas où il n'avait été administré aucune substance irritante.

Par ces motifs, je rejette complétement l'idée de deux maladies distinctes et d'une cause directe. Pour moi, il y a eu une seule maladie nerveuse, dont le début, caractérisé par des accès semblables aux accès des fièvres intermittentes, a été exceptionnel.

Ainsi donc, dans les cas ordinaires, il y a du malaise au début ; quelquefois un vomissement est le premier signal de la maladie, et bien plus rarement sans doute l'affection peut débuter par des phénomènes tout à fait insolites.

Le symptôme presque unique de cette maladie est le vomissement. D'abord revenant à des intervalles assez longs, les vomissements se rapprochent et finissent par être nombreux. Il peut y en avoir jusqu'à vingt, quarante, et plus même dans une journée.

Il n'est pas ordinaire de voir les vomissements aller en augmentant en nombre sans interruption. Il y a de loin en loin une ou plusieurs journées de répit, pendant lesquelles les vomissements deviennent rares ou se suspendent pour se reproduire ensuite en nombre égal ou supérieur.

Les vomissements sont généralement aqueux. Les aliments sont rarement rejetés, et c'est à peine si de loin en loin on trouve un peu de bile dans les matières rendues. Quelquefois il y a des filets de sang; mais ces filets de sang sont dus uniquement aux efforts et aux mouvements violents de l'œsophage et du pharynx.

Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est le peu d'intensité ou même l'absence de la douleur épigastrique. Dans le premier des deux cas dont j'ai rapporté l'observation, il y eut à peine quelques tortillements, qui ne se firent sentir que dans les premiers temps de la maladie. Dans le second, il n'y eut pas de douleur réelle. Dans un des deux cas qui m'ont été communiqués par M. Leudet, la douleur soit à la pression, soit spontanée, fut complétement nulle. Dans l'autre, au contraire, il y eut des douleurs assez vives, et ce fait mérite d'être cité.

Obs. IV. *Deux attaques de vomissement nerveux à deux ans d'intervalle; douleur constrictive de l'épigastre se propageant à l'abdomen, aux lombes et à la partie inférieure de la région dorsale. Guérison.*— Scpel (Marie-Jeanne-Félicité), âgée de vingt-quatre ans, marchande, née à Paris; face pâle, cheveux châtains, yeux bleus, taille assez élevée; peu d'embonpoint, muscles peu développés. Entrée le 9 mai 1849 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 11 (Service de M. Louis).

Jouit habituellement d'une bonne santé. En 1847, sans cause connue, elle fut prise de vomissements et entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Louis : vomissements se répétant trois, quatre fois par jour, aqueux, très-rarement verdâtres, jamais noirâtres ou sanguinolents, sans fièvre, sans douleur à l'épigastre; seulement un peu de gêne. Elle demeura plusieurs semaines et sortit guérie à la suite d'une médication qu'elle ne se rappelle pas.

Depuis cette époque pas de nouveaux vomissements. Aucune douleur ne s'est manifestée à la région épigastrique. Règles régulières, peu abondantes.

Le 7 mai 1847, dans la matinée, malaise; puis dans la journée plusieurs vomissements de matières aqueuses incolores, anorexie. Douleur constrictive à l'épigastre et dans l'abdomen; propagation de cette douleur à la région lombaire et à la partie inférieure de la région dorsale de chaque côté, presque continue, sans exacerbation, augmentant d'intensité quand elle occupe le côté droit. Aucune tumeur ni sensibilité limitée à l'épigastre; pas de douleur à la pression dans les deux régions rénales. Le foie ne déborde pas les côtes, pas de dilatation du renflement stomacal.

Pas de diarrhée, pas de crampes, les urines sont limpides; elles ne sont pas rouges et n'ont jamais, suivant elle, déposé de calculs ou de graviers.

Le 9 mai, entrée dans la matinée, elle a eu deux vomissements aqueux incolores, sans matières alimentaires.

La malade n'a pas remarqué de plus grande fréquence des déjections avant qu'après ses repas, pas plus sous l'influence de la diète végétale qu'animale, et *vice versa*. (*Gomme sucrée, eau de Seltz, cataplasmes sinapisés au creux épigastrique; 1/4 de lavement de graine de lin; laudanum de Sydenham 15 gouttes; diète.*)

Le soir, trois vomissements incolores, sans dépôt de flocons, ressemblant

au riz cuit ; depuis le matin mêmes douleurs de l'épigastre, pas de selles. On administra deux quarts de lavements laudanisés.

Le 10 mai, même état. Plusieurs vomissements de même nature que les précédents. Les lavements laudanisés ont été pris l'un et l'autre la veille, sans occasionner de somnolence ou de pesanteur de tête. Pas de selles, pouls à 82, peu développé, peu large, régulier ; l'eau de Seltz est vomie. (*Gomme sucrée. Pot. gomm. avec infus. tilleul et menthe*, *Sp. d'éther* 15 *gouttes.*)

Le soir, la malade a vomi deux fois dans la journée, à la suite de l'ingestion du sirop d'éther. Même état général, anorexie. Les vomissements la fatiguent beaucoup ; ils sont difficiles, peu abondants chaque fois et précédés de nombreux efforts exaspérant les douleurs abdominales et lombaires. (*On administre* 1/4 *lav. lin avec laud. Sydenh.* 20 *gouttes*).

Le 11, plusieurs vomissements la nuit. (*On supprime la potion éthérée ; ipéca.* 1 *gramme.*)

Le soir, l'ipécacuanha a été pris le matin, immédiatement après la visite, presque immédiatement après l'ingestion d'un litre d'eau environ, vomissements nombreux, aqueux.

Dans la nuit, nouveaux vomissements, avec envies de vomir très-pénibles.

Le 12, même état. Les vomissements continuent ; ils sont très-peu abondants, aqueux, mais fréquents. (*Ipéca. en poudre*, 1 *gramme.*)

Le soir, aucun changement dans le nombre des vomissements, qui se répètent comme la veille.

Le 13, pas de selles, même état des vomissements. (*Lav. purgatif, avec sulfate de soude* 30 *grammes.*)

Le soir, les vomissements et les envies de vomir fatiguent beaucoup la malade. (*Vésicatoire au creux épigastrique.*)

Les vomissements se suppriment vers huit à neuf heures du soir.

Le 14, absence de vomissements, fatigue ; la malade éprouve néanmoins beaucoup d'amélioration dans son état. Pas de selles. (*Lav. purgatifs, deux bouillons.*)

Le 15, la malade n'éprouve ni vomissements ni envies de vomir. (2 *potages.*)

Le 16, dans la soirée, sans aucun malaise préalable, deux vomissements aqueux peu abondants, sans matières alimentaires. (1/4 *lav. lin, avec laud. Sydenh.* 10 *gouttes.*)

Le 17, plus de vomissements. (*On répète le lavement laudanisé.*)

Le 19, dans la matinée quelques vomissements (2 ou 3). (*Eau de Seltz*, 2/4 *lav. lin laud.*, 10 *gouttes chaque ; diète.*)

Les vomissements ne reparaissent plus à partir de ce jour.

Le 21, la malade prend 2/2 *bouillons.*

Le 28 mai, elle se lève ; elle nous assure éprouver depuis deux ou trois ans une douleur presque constante au niveau des troisième et quatrième côtes gauches, en arrière, près de leur angle, ne se propageant pas en avant, augmentant un peu par la pression, jamais lancinantes. Depuis la même époque, elle a remarqué qu'elle marchait un peu courbée. Au niveau de l'endroit indiqué, on ne constate aucune saillie anormale. Il y a seulement sur les côtes et sur les espaces intercostaux une certaine douleur à la pression. L'auscultation ne révèle rien dans ce point. Pas de bruit de souffle ou de battement. (*Ventous. scarif. pour* 200 *grammes de sang loc. dol.*)

Le 29, la quantité de sang obtenue est de 100 grammes; même état. (*Bain.*)

Le 1er juin, *exeat;* plus de vomissements; elle prend sans inconvénient deux portions depuis plusieurs jours.

Réflexions. Il faut d'abord remarquer que si une douleur notable a existé chez cette malade pendant sa dernière attaque de vomissements, il n'en a pas été très-probablement ainsi lors de la première; car, lorsque les douleurs qui accompagnent les vomissements sont un peu marquées, elles sont de nature à ce qu'on n'en perde pas le souvenir.

En second lieu, nous voyons que la malade avait déjà des douleurs intercostales depuis trois ans. Quelle a été la part de ces douleurs habituelles dans les phénomènes qui ont été observés pendant la dernière maladie? On ne peut pas dire évidemment que la douleur n'était pas propre à cette affection, que nous appelons le vomissement nerveux; cette constriction épigastrique dont se plaignait la malade lui appartenait évidemment; toutefois nous avons vu que, dans la première attaque, il n'y avait pas de douleur de ce genre, alors que les douleurs intercostales existaient déjà.

Il y a souvent entre les vomissements, les douleurs épigastriques et la douleur intercostale, un rapport dont il nous est permis de constater l'existence, mais qu'il nous est difficile d'expliquer. Les cas sont actuellement assez nombreux où j'ai vu des points douloureux le long de la colonne vertébrale, dans les espaces intercostaux, le long des bords du sternum, exister en même temps que de violentes coliques d'estomac et des vomissements. En pareil cas, il y a des attaques violentes tout à fait semblables aux coliques hépatiques, et cependant rien ne vient prouver qu'il y ait des calculs biliaires.

En somme, il est démontré pour nous que, sans que nous puissions en découvrir la cause, le vomissement nerveux a lieu tantôt sans douleur ou sans presque aucune douleur, et tantôt avec une douleur assez notable. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que dans la très-grande majorité des cas, la douleur n'occupe qu'un rang très-secondaire. En émettant cette proposition, je fais abstraction de ces cas très-douloureux dont je viens de parler, et sur lesquels, bien que je les aie étudiés très-attentivement, mon opinion n'est pas encore fixée.

Outre les vomissements, on observe fréquemment des éructations plus ou moins pénibles. Les gaz rendus de cette manière sont sans odeur et sans saveur.

Quant à la conformation de l'épigastre, elle ne présente absolument rien de particulier. Cette région est souple, sans tuméfaction; parfois seulement on constate, par la percussion, une accumulation plus ou

moins considérable de gaz dans l'estomac, et l'on obtient un son tympanique, principalement dans l'hypocondre gauche ; mais ce symptôme n'est pas permanent.

La soif n'est un peu notable que vers la fin de la maladie, alors que la fièvre est allumée ; l'appétit se conserve aussi en partie jusqu'à cette époque, et la crainte seule de provoquer des vomissements empêche les malades de manger. Ce n'est pas qu'ils rejettent habituellement les aliments qu'ils ont pris, car nous venons de voir que les vomissements sont aqueux ; mais c'est que les envies de vomir sont souvent plus grandes pendant le travail de la digestion. Il n'est pas rare de voir pendant deux ou trois jours un aliment être très-bien supporté et les vomissements se calmer sous son influence ; tantôt c'est le lait, tantôt le bouillon, etc. ; on voit même parfois des aliments grossiers qui paraissent demander un bon estomac, être momentanément mieux supportés que les autres ; c'est ainsi que dans un cas j'ai vu, pendant plus de trois ours, la soupe à l'oignon très-bien passer et les vomissements cesser presque complétement sous cette influence singulière. C'est là, comme on le voit, un nouveau et bien remarquable point de ressemblance entre ces vomissements et ceux des femmes enceintes. On sait, en effet, que chez ces dernières les aliments les plus grossiers sont parfois parfaitement tolérés, tandis que tous les autres excitent le dégoût et le vomissement. Aussi, pour moi, les cas sont-ils identiques.

Du côté du canal intestinal on ne remarque rien autre chose qu'un certain degré de constipation, sans coliques.

Jusqu'à l'invasion de la fièvre, la peau conserve sa chaleur normale ; il n'y a aucune accélération ni irrégularité du pouls ; l'intelligence est parfaitement saine ; la tête sans douleur ; la face a son expression normale, excepté au moment où surviennent les envies de vomir ; enfin, tous les autres organes conservent leur intégrité.

Ainsi, des vomissements aqueux, avec peu ou point de douleur dans la plupart des cas ; des éructations gazeuses, un dépérissement très-lent, dû uniquement à l'insuffisance de la nourriture, absence complète de fièvre, tel est le tableau de la maladie jusqu'aux derniers jours.

Mais alors, et ce n'est guère que pendant les cinq, six ou sept derniers jours, la scène change. Le pouls s'accélère et devient petit. Il monte de 70 à 90, 100 et 120 pulsations. La peau devient plus chaude qu'à l'état normal. La bouche se sèche et rougit ; l'haleine, ainsi que l'a noté M. P. Dubois, prend une acidité remarquable ; la soif devient un peu plus prononcée, et, après quelques jours de cet état, il est ordinaire de voir survenir le délire et divers autres accidents cérébraux qui annoncent une mort prochaine. Dans un cas, j'ai vu une bron-

chite capillaire générale venir compliquer la maladie et la rendre assez promptement mortelle.

Dans cette période fébrile de la maladie, les vomissements se suppriment dès que la fièvre prend une certaine intensité et que les symptômes cérébraux se déclarent. J'ai noté cette suppression dans un cas que j'ai observé tout récemment *chez un homme* pris de cette affection dans la convalescence d'un rhumatisme musculaire aigu. Seulement la veille de la mort, ils revinrent après l'ingestion de deux cuillerées de potion musquée, et, chose remarquable, il y eut trois vomissements abondants et bilieux, tandis que pendant près de deux mois qu'avait duré la maladie, ils avaient été peu abondants et presque toujours muqueux.

Tels sont les phénomènes que l'on observe dans les cas qui se terminent par la mort. Dans les cas de guérison, les choses se passent absolument de même, excepté que l'état fébrile ne se déclare pas, et que dès que les vomissements se sont arrêtés, la santé se rétablit avec facilité. Ceci me conduit à dire quelques mots de la marche de la maladie.

M. P. Dubois (*loc. cit.*) a décrit, dans le vomissement qui survient chez les femmes enceintes, les trois périodes suivantes. Après avoir parlé des vomissements peu graves des premières semaines de la grossesse, il ajoute : « Mais malheureusement quelquefois ils se montrent avec d'autres symptômes. Ainsi ils se répètent avec une grande fréquence et à toutes les époques de la journée. Ils sont très-opiniâtres ; ils ont pour conséquence le rejet de la totalité ou la presque totalité des aliments et même des liquides ingérés dans l'estomac. Et alors apparaissent des phénomènes graves, qui proviennent du manque de nutrition : affaiblissement, amaigrissement notable, altération des traits.

« On peut faire de l'apparition successive de ces premiers désordres une première période, après laquelle s'en montre une seconde, caractérisée par la fréquence du pouls, une soif vive et une acidité très-remarquable de l'haleine. Cet état dure plus ou moins longtemps ; mais cependant, en général, un temps assez court. Une troisième période apparaît.

« Cette dernière est marquée par des accidents cérébraux. La malade a des hallucinations, des douleurs névralgiques intolérables, des troubles dans la vision ; et enfin survient une espèce de sommeil comateux, précurseur d'une mort prochaine. »

Cette description de la maladie est on ne peut plus juste, et l'on voit, par conséquent, que le rapprochement que j'ai établi entre le vomissement nerveux, dont j'ai cité des exemples, et le vomissement de la grossesse, n'a rien de forcé. C'est aussi ce qu'ont pensé M. P. Dubois, qui

signalé un exemple remarquable de cette affection dans l'état de vacuité, et M. Chomel, qui, dans ses leçons cliniques, a rapproché les uns des autres des cas dans lesquels tantôt il y avait grossesse, tantôt vacuité bien constatée.

La première période signalée par M. P. Dubois est tellement tranchée qu'il ne peut y avoir le moindre doute sur son existence. Les deux dernières sont moins distinctes. Il est vrai de dire néanmoins que les symptômes fébriles apparaissent un peu avant les phénomènes cérébraux ; mais ces symptômes se suivent de si près et sont dans une telle dépendance les uns des autres qu'il n'y a plus de ligne de démarcation évidente, de telle sorte qu'à ne considérer le tableau de la maladie que d'une manière générale, on est surtout frappé de ces deux grandes divisions : 1° longue période de deux mois et plus, caractérisée presque uniquement par le vomissement ; 2° période beaucoup plus courte, ne dépassant pas ordinairement une semaine, et caractérisée par des symptômes fébriles notables, des phénomènes cérébraux variés, dans lesquels le délire domine souvent et on observe ordinairement la suppression des vomissements. VALLEIX.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA PATHOGÉNIE DES CORPS MOBILES DES ARTICULATIONS. — NOUVEAU PROCÉDÉ D'EXTRACTION : LA LIGATURE SOUS-CUTANÉE.

Par le docteur A. DUMOULIN, ancien interne lauréat des hôpitaux.

Pour bien comprendre la valeur et la portée d'un moyen thérapeutique, il faut se faire une idée exacte de l'espèce morbide contre laquelle on veut l'employer, il faut voir s'il a des analogues, et des analogues heureux, contre d'autres espèces morbides ne différant guère entre elles que par le siége ou par la marche. Je veux chercher à établir ici qu'une ligature sous-cutanée expose à moins d'inconvénients que l'extraction ordinaire, et qu'elle est fort applicable dans le cas particulier qui nous occupe, en raison de la nature des tissus sur lesquels elle doit être apposée.

Quelques mots d'abord sur la pathogénie de cette affection. Le premier chirurgien qui en ait parlé est A. Paré, et encore le hasard seul lui en fit faire la découverte. Il fut appelé *chez maistre Jean Bourlier pour lui ouvrir une apostème aqueuse du genouil et*

il y trouva une pierre de la grosseur d'une amande, fort blanche, dure et polie. A. Paré ne voit que les caractères extérieurs les plus apparents de ce corps insolite, et il l'appelle une *pierre*.

En 1691, Pechlin, chirurgien suédois, publie la description d'un cas dans lequel un corps cartilagineux fut extrait avec succès du genou.

En 1726, Alexandre Monro disséqua le genou d'une femme qui avait été pendue, et il y trouva un corps cartilagineux de la grosseur et de la forme d'une petite fève.

Depuis le commencement du dix-huitième siècle, d'assez nombreuses relations de faits semblables furent rapportées par Simson, Bromfield, Sléwit, Midleton, Gooch, E. Home, Jord, B. Bell, Abernethy, Desault, Sabatier, Théden, Boyer, et chacun de ces chirurgiens expliqua le fait à sa manière. Pendant longtemps, l'expression de *cartilages libres*, imposée par Samuel Cooper à cette affection, fut admise généralement.

Hunter, dans ses expériences sur le sang extravasé dans les tissus, émit l'opinion que ce sang subit des transformations variables suivant le lieu où il est épanché ; il le vit s'imprégner de sels calcaires autour des os, et il en conclut que dans les articulations il pouvait devenir cartilage, tissu fibreux ou même osseux. C'était pousser un peu loin l'induction, et j'avoue que j'ai quelque peine à partager cette opinion fort accréditée d'ailleurs de nos jours par M. le professeur Velpeau. Les hémorrhagies articulaires spontanées sont fort rares et ne s'observent que dans certaines circonstances données; nous n'avons encore que des notions vagues sur les hémorrhagies articulaires traumatiques résultant d'une violence extérieure. Nous ne savons pas si ces épanchements si prompts, qui surviennent après une chute sur le genou, sont constitués par du sang ou par un liquide aqueux plus ou moins chargé d'albumine ; il y a de bonnes raisons pour et contre l'une et l'autre de ces hypothèses. Toutefois, si c'est du sang qui s'y trouve épanché, il faut avouer que ces cas sont très-fréquents et peu en rapport avec le nombre assez restreint encore des corps mobiles des articulations.

Je préfère, à plus d'un titre, l'explication de Laennec. Chacun la connaît; elle sort des voies de l'hypothèse, elle est médicale, elle repose en partie sur l'observation directe. En effet, suivant ce médecin illustre, le corps mobile ne serait qu'un produit pathologique analogue à cette matière plus ou moins dure qu'on trouve dans le tissu souspleural, après des inflammations répétées de la plèvre. Une circonstance de plus, dépendante de la région où il s'est formé, en fait un

corps mobile. Développé dans le tissu cellulaire sous-séreux, à la suite d'une inflammation de la synoviale; plus tard, repoussant la séreuse devant lui, comme le testicule, le péritoine, il s'en trouve coiffé, entre dans l'articulation, se pédicule de plus en plus à mesure qu'il s'éloigne davantage de son point de départ, et enfin présente alors toutes les variétés possibles de position suivant la longueur du pédicule. Celui-ci, plus ou moins fort, et en général d'autant plus faible que la migration de ce dépôt plastique s'est faite depuis plus longtemps, arrive enfin à se briser, et dès lors ce petit produit morbide, recouvert d'une portion de la synoviale, reste libre et flottant. J'ai souvent entendu M. le professeur Roux confirmer l'opinion de Laennec. C'est là une explication qui a la valeur d'un fait, car elle n'est point du genre de celles qu'on émet au profit d'une idée, elle est l'analogue de faits observés clairement, elle tend à l'unité de produit morbide dans des affections semblables du même tissu.

Enfin, il y a encore un autre mode de formation de ces corps mobiles, et, bien qu'il soit nié généralement, il faut cependant l'admettre, parce qu'il y en a au moins un fait bien observé. Dans ce dernier cas, le corps mobile est un fragment d'os ou de cartilage brisé par une violence extérieure. Le fait dont je veux parler appartient à M. le professeur Velpeau ; M. Richet en a publié l'observation. Il s'agit d'un corps osseux dans presque toute son épaisseur et recouvert de cartilage seulement sur l'une de ses faces. A l'autopsie, l'on trouve sur l'extrémité inférieure du fémur une perte de substance à laquelle s'adaptait fort bien le corps extrait du genou. C'était donc une véritable fracture intra-articulaire, et le corps mobile n'était, à proprement parler, qu'une esquille.

En résumé, des corps mobiles des articulations, les uns sont formés par un produit plastique, résultat de l'inflammation, ce qui est très-fréquent, et développé sous la séreuse, en dehors de l'articulation ; les autres sont des fragments d'os ou de cartilage brisés par une violence extérieure. Enfin, il peut se faire que du sang épanché dans l'articulation passe par les diverses transformations indiquées par Hunter et qu'il constitue des corps étrangers. Je ne présente ce troisième mode de formation que pour ne pas le passer sous silence ; car c'est, d'après moi, le moins probable, et il aurait grand besoin d'un seul fait clinique pour passer à l'état de démonstration sérieuse.

De la pathogénie de ces corps mobiles peut-on tirer quelques indications thérapeutiques? Sans doute. Mais on doit tenir compte aussi de la marche de cette affection et de l'articulation qui en est le siége.

*

Les corps mobiles formés par un produit plastique, et ce sont sans contredit les plus fréquents, tendent, au bout d'un laps de temps plus ou moins long, comme leurs analogues, à diminuer de volume, à égaliser leurs contours, à être réduits à l'état de plaques, enfin à disparaître peu à peu, et si nous n'en voyons pas la disparition complète et spontanée, cela dépend du temps considérable qu'il leur faut pour être repris par l'absorption. Ce sont les portions les moins dures, celles qui sont le plus éloignées d'une transformation semi-osseuse ou cartilagineuse, qui sont le plus susceptibles d'être ainsi avantageusement modifiées par l'absorption. De la lecture des observations rapportées par les auteurs, il résulte pour moi cette conviction, que l'affection était plus supportable longtemps après qu'à son début, que dans les cas où l'on a employé la compression, ce moyen palliatif a amené un grand soulagement, non pas seulement dans les cas où le corps mobile semble devoir contracter des adhérences, mais là aussi où il jouissait de la même mobilité qu'auparavant. Quant à ceux qui sont formés par un fragment détaché de l'os ou des cartilages, je les crois fort rares, et, à part le fait de M. Velpeau, que j'ai mentionné plus haut, et un autre de Monro, qui est peut-être semblable, mais dont l'observation est incomplète, je n'en connais pas d'autres. Breschet les regardait comme très-communs, et il pensait même que leur présence plus fréquente au genou et à la mâchoire n'était due qu'à la présence, dans ces articulations, de fibro-cartilages flottants, et plus faciles à rompre. Je trouve qu'on a confondu beaucoup trop les mots *libres* et *flottants*. Au genou, les bourrelets semi-lunaires sont libres par leur bord mince et concave, adhérents par leur bord épais au ligament latéral correspondant; mais il n'y a rien de flottant, rien qui puisse être surpris dans une position anormale pendant un mouvement et être brisé. Il est d'ailleurs fort difficile de concevoir un ginglyme avec un corps flottant dans son intérieur, interposé entre les surfaces osseuses qui le constituent. Quoique l'explication de Breschet soit erronée, il n'en reste pas moins acquis à la science le fait de M. Velpeau, mais j'ai dit à quel titre, une simple fracture. Un fragment ainsi détaché peut causer de graves désordres dans l'articulation, déchirer la synoviale, amener une arthrite, et l'on peut même dire qu'il est à peu près insolite de voir un corps dur, anfractueux, plus ou moins aigu, demeurer inoffensif pendant un certain temps dans une articulation, et n'y produire aucune inflammation. Dans ces cas, la destruction de la portion détachée est presque impossible, et si l'élément organique est éliminé, reste encore la trame terreuse. Il n'y a donc aucune raison de croire qu'un travail tout spontané puisse mettre ce corps étranger,

au bout d'un long temps, dans des conditions analogues à celles que j'ai signalées pour les premiers.

De la pathogénie de ces corps il résulte donc que les uns peuvent quelquefois diminuer assez de volume pour ne plus être gênants; les autres sont de véritables corps étrangers qui doivent être extraits s'ils sont gênants ou si, par leur forme ou l'articulation malade, l'on ne peut les fixer en un lieu où ils puissent rester inoffensifs. De ces corps, les uns gênent très-peu, c'est le cas le plus rare; les autres gênent beaucoup, mais d'une manière intermittente et suivant leur place dans l'articulation. Quelle que soit la cause de la douleur, soit l'interposition du corps mobile entre les surfaces osseuses (impossible toutefois pour les ginglymes comme le coude et le genou, probable pour quelques énarthroses, comme l'articulation temporo-maxillaire), soit le pincement de la synoviale, toujours est-il un fait constant, c'est l'apparition de ces douleurs alors qu'on s'y attend le moins et l'impossibilité de mouvoir l'articulation. Quand ces deux symptômes existent et se répètent fréquemment, il est évident qu'on ne peut abandonner la maladie à elle-même, et qu'il faut puiser dans les éléments eux-mêmes de cette affection des donnécs thérapeutiques rationnelles.

Immobiliser le corps mobile en un lieu où il ne soit plus nuisible, c'est ce qu'essayèrent Midleton, Gooch, Boyer et Liley; ils ne le firent pas en vue du résultat que j'ai indiqué plus haut, la diminution progressive du corps, surtout une fois qu'il est fixé et comprimé, mais par crainte du danger des plaies pénétrantes des articulations; danger sur lequel M. Bell avait tant insisté. Cette compression me paraît un excellent moyen, surtout si elle peut être employée efficacement sans nuire au jeu de la jointure, si le corps est petit et s'il paraît unique. Elle est très-possible au genou, encore au coude; impossible à l'articulation temporo-maxillaire où elle n'aurait pour résultat que de faire rouler, à coup sûr, le corps mobile dans l'articulation. Quand il y a plusieurs corps à la fois, ou un seul mais volumineux, apportant une gêne incessante aux mouvements, difficile à fixer et à comprimer à cause de son volume ou de ses aspérités, quand l'articulation est d'ailleurs en bon état, sans trace d'inflammation récente, il faut recourir à une opération qui ait pour but d'extraire le corps mobile. C'est ici que commencent l'œuvre manuelle du chirurgien et les considérations de médecine opératoire. Ouvrir l'articulation, comme l'a fait tout simplement A. Paré, c'est ce que ne sont plus tentés de faire les chirurgiens modernes; la pratique de B. Bell, des faits très-bien observés et l'expérience acquise ont suffisamment démontré les dangers des plaies articulaires.

Le procédé de Desault expose moins à ces dangers, mais il ne les

prévient pas à coup sûr, et cette opération, fort innocente entre les mains de ce grand chirurgien, n'a pas fourni à ses successeurs d'aussi beaux résultats que ceux consignés dans son Journal (t. II, p. 341). Desault s'attachait à ne pas faire parallèles les ouvertures de la peau et de la capsule, de telle sorte que l'air ne pût avoir accès dans l'articulation.

M. Goyrand (d'Aix) a eu l'idée d'appliquer la méthode sous-cutanée à cette opération. Il fait d'abord fixer par un aide, en un point convenable du pourtour articulaire, le corps mobile; il plonge à plat sous la peau un bistouri étroit, loin du lieu où il veut inciser la capsule; puis il retourne le bistouri, incise la capsule et la synoviale sur le corps mobile et assez largement pour qu'il puisse être chassé hors de l'articulation par les pressions exercées par l'aide. L'opération est terminée pour le moment; l'instrument est retiré, et on laisse ce corps dans le tissu cellulaire environnant; quand la plaie articulaire est guérie, on le retire aisément à l'aide d'une petite incision. Sans doute cette méthode vaut mieux que la précédente, théoriquement du moins, et, jusqu'alors, on n'a pas à lui reprocher de grandes chances de mort; elle a même réussi deux fois entre les mains de l'auteur, mais elle est d'une exécution difficile, et M. Bonnet (de Lyon) a dû renoncer une fois à terminer l'opération.

Tous ces procédés d'extraction ont d'ailleurs, suivant moi, un autre inconvénient; ils laissent beaucoup trop au hasard; ils s'occupent trop peu, si je puis m'exprimer ainsi, des suites de l'opération, et ne placent point assez les parties sur lesquelles on opère dans des conditions favorables à la guérison. Deux feuillets séreux contigus tendent à devenir adhérents lorsqu'il y a une légère inflammation qui semble les y solliciter. Ce fait est pour ainsi dire banal en anatomie pathologique, tellement il est commun; on l'observe pour tous les ordres de membranes du même genre; pour les grandes séreuses splanchniques, comme la plèvre, le péritoine; pour la tunique vaginale, pour le feuillet qui revêt la face interne des bourses muqueuses affectées d'hydropisie après une ponction et une injection, pour la membrane interne des artères après la ligature, et même pour la synoviale aussi, dans des cas d'ankylose vraie. On s'est, avec grand avantage, servi de ce fait comme principe dans le traitement des plaies de l'intestin; et la réunion des séreuses, proposée par M. Jobert, est une méthode à laquelle se sont ralliés beaucoup d'esprits sérieux. On sait combien est ingénieuse et utile la méthode de Smalkalden, perfectionnée par Dupuytren, pour la destruction de l'éperon dans les anus contre nature. Pourquoi ce fait ne pourrait-il aussi servir de base à une opération analogue dans l'affec-

tion qui nous occupe? C'est précisément là ce que je propose et ce que je crois préférable à tous les autres modes d'extraction.

Je suis peu éloigné de partager les craintes de B. Bell sur les plaies articulaires, et, bien que la pratique de Desault et de quelques autres ait été plus heureuse que celle du chirurgien anglais, il n'en est pas moins bien établi que ce dernier a eu de nombreux insuccès, dépendant plutôt de l'opération elle-même que de sa manière d'agir; car, en face de ses revers, il a dû prendre de grandes précautions, et, avant d'arriver à regarder comme moins dangereuse l'amputation de la cuisse, il a dû bien méditer les raisons d'une pareille conviction. Quand l'articulation est déjà malade, qu'il y a une hydarthrose compliquée de corps mobile, comme dans les cas d'Ambroise Paré, de Cruikshank et de Mohrenheim, ces deux derniers consignés dans la Bibliothèque chirurgicale de Richter, quand la synoviale est altérée depuis longtemps, on peut peut-être, sans trop d'inconvénients, vider l'articulation et employer le procédé de Desault. Les ponctions articulaires me paraissent autoriser cette pratique; mais dans des conditions différentes, quand la synoviale est saine, elle jouit d'une exquise facilité à s'enflammer au delà des limites nécessaires à la réunion; d'un point circonscrit, la phlegmasie tend à envahir toute l'articulation, et chacun sait combien fréquentes et terribles sont certaines complications de l'arthrite traumatique, la fièvre purulente en particulier. Je veux donc une opération qui mette à l'abri de ces dangers, et c'est dans ce but que je propose la méthode suivante : une *ligature sous-cutanée.*

Voici le procédé auquel je me suis arrêté : on prend un lien de soie ou un fil de chanvre simple, armé à l'une de ses extrémités d'une aiguille droite ou légèrement courbe, terminée en fer de lance; on commence par bien fixer le corps mobile dans un point convenable du pourtour articulaire, et on le confie à un aide. Ces soins préliminaires achevés, l'on fait un pli à la peau, et l'on passe l'aiguille entre elle et la capsule, circonscrivant, dans un demi-cercle sous-cutané, le corps à extraire, et puis on fait saillir l'aiguille dans un point diamétralement opposé à l'ouverture d'entrée. On engage cette même aiguille dans l'ouverture de sortie qui sert maintenant d'ouverture d'entrée, et l'on entraîne le fil après elle, circonscrivant dans une autre demi-circonférence le corps mobile; puis on fait ressortir cette aiguille par la première ouverture d'entrée, de telle sorte qu'on a un fil dont les deux chefs sortent par la même ouverture et qui embrasse, dans son anse, toute la portion de capsule et de membrane synoviale qui entoure le corps mobile. Avec de la précaution, et prescrivant à l'aide de soulever un peu le corps qu'il retient entre ses doigts, il est facile de faire la constriction en

arrière de lui. On la fait de suite très-forte, et on l'assujettit par un nœud double, puis on fixe les chefs en dehors.

Il résulte de trois expériences que j'ai faites sur des chiens, qu'il faut quatre, cinq ou six jours pour séparer les parties et amener la chute de la ligature; je m'étais servi d'un lien de soie, un cordonnet assez fin mais très-résistant. Chez l'homme il faudrait peut-être un temps un peu moins considérable; car, chez mes trois animaux, j'ai dû saisir la peau dans la ligature et toutes les parties sous-jacentes jusqu'aux os, trop peu sûr, en l'absence d'un corps étranger, de pouvoir embrasser dans une anse et sous la peau, la capsule articulaire. Après la chute du fil, on peut, par une simple petite boutonnière, extraire sans danger le corps devenu dès lors extra-articulaire.

Cette opération entraîne une perte de substance à la capsule, ce qui n'est pas dangereux; car, par suite de l'inflammation, la lymphe épanchée dans le tissu cellulaire sous-synovial, très-plastique et adhérente au pourtour de la division de la capsule, en assure la cicatrisation complète et solide. Sans doute cette perte de substance à la capsule amène une diminution de capacité, et nul doute que s'il fallait extraire à ce prix un corps mobile aussi large que la rotule, comme dans le fait du soldat et rapporté par Samuel Cooper, mieux vaudrait s'abstenir; mais je ferai remarquer que, probablement en raison de son volume, ce corps ne l'avait jamais fait souffrir; qu'il est fort rare d'en rencontrer d'aussi gros; qu'ils ont presque toujours le volume d'une fève ou d'une amande; et d'ailleurs, la capsule fût-elle même un peu rétrécie, qu'il n'y a pas à s'en inquiéter pour l'intégrité des mouvements ultérieurs. En effet, ne savons-nous pas combien elle est extensible, au genou, par exemple, ce que nous voyons si bien quand elle y est sollicitée par un épanchement de liquide, comme dans l'hydarthrose? Je n'insiste pas davantage sur cet inconvénient apparent de l'opération; et si l'on peut répondre par l'affirmative à ces deux questions : 1° La ligature est-elle suffisante pour couper en peu de jours la capsule et la synoviale? 2° L'extraction ordinaire n'expose-t-elle pas à plus de danger, surtout à l'arthrite, que cette ligature? je croirai l'opportunité de mon opération suffisamment démontrée.

Mes trois expériences sur des chiens m'ont appris qu'il fallait peu de jours pour couper toutes les parties intéressées. Ces animaux ont beaucoup crié quand j'ai fait la constriction; mais ensuite ils n'ont manifesté ni crainte ni douleur, et ils ont recherché les aliments comme auparavant; seulement ils n'ont pu marcher beaucoup et n'ont pu se poser à terre sans provoquer les douleurs des pattes de devant qui avaient servi à l'opération. Comme je l'ai dit, chez l'un, la ligature est tombée

le quatrième jour; chez le second, le cinquième; enfin, chez le dernier, le sixième jour. Je les ai sacrifiés le lendemain de la chute du lien, et j'ai trouvé chez tous les trois une adhérence solide; un petit foyer de suppuration sous la peau voisine existait chez l'un d'eux, mais très-circonscrit; et d'ailleurs il ne faut pas oublier cette circonstance que j'avais compris le tégument externe dans l'anse du lien. Le résultat me paraît donc irréprochable, et j'ai lieu de croire qu'il serait au moins aussi heureux chez l'homme.

Quant à ma seconde proposition, je ne puis la résoudre par l'observation directe, car je n'ai pas eu l'occasion de pratiquer cette opération sur l'homme; mais, à défaut de cette observation clinique, si précieuse pour juger des faits de cette nature, je dois faire remarquer encore l'analogie qu'il y a entre le but que je poursuis, la réunion d deux feuillets synoviaux juxtaposés, dont l'un adhérent à la capsule placée en dehors et l'occlusion des artères par la ligature, celle de quelques bourses muqueuses par l'inflammation artificielle qu'on y développe, les adhérences des deux feuillets de la plèvre dans l'inflammation de cette membrane. Nous voyons partout ce tissu séreux susceptible de contracter des adhérences avec une membrane de même nature sous l'influence d'une phlegmasie, même légère; et cela sans danger, sans amener des troubles menaçants pour la vie, car là précisément où l'inflammation dépasse certaine limite, la lymphe plastique destinée à être l'élément et le noyau de l'adhérence se transforme en pus; c'est un fait d'anatomie pathologique qu'on ne peut plus méconnaître. Je me crois autorisé à dire que des observations très-fréquentes d'adhérences solides et promptes de deux membranes séreuses juxtaposées après une inflammation assez légère, quelquefois provoquée par une ligature, justifient l'opération que je propose. Je crois aussi qu'il y a moins de craintes à avoir des suites d'une opération qui n'est point une plaie pénétrante de l'articulation, qui ne l'est à aucune phase de sa durée; car il y a lieu d'espérer que, lors de la chute du fil, une cicatrice déjà forte ferme l'articulation; au reste, c'est ce que j'ai observé dans mes trois expériences. A. Dumoulin, D. M. P.

CHIMIE ET PHARMACIE.

FORMULES DIVERSES.

Ces formules, pour la plupart inconnues en France, sont extraites d'une petite brochure pharmacologique dont nous devons la possession à l'obligeance de M. Van der Corput, son auteur.

PAPIER ANTIRHUMATISMAL DE STEEGE.

Préparation. — Gomme ammoniaque.....	250 grammes.
Térébenthine de Venise........	60 grammes.
Suif......................	30 grammes.
Cire jaune..................	30 grammes.

Faites fondre, passez avec expression la masse liquéfiée, et ajoutez sur 9 parties :

Tartrate de potasse et d'antimoine finement pulvérisé, 1 partie.

Etendez le mélange sur du papier peu collé.

L'application de ce topique peut être utile dans le rhumatisme comme dans tous les cas où une irritation locale, un révulsion vers la peau est nécessaire. Il fait éprouver à la partie sur laquelle on l'applique une légère sensation de cuisson et y détermine l'apparition de pustules séreuses qui disparaissent au bout de peu de temps. On le conserve jusqu'à ce qu'il se détache spontanément.

POMMADE DE STEEGE CONTRE L'ALOPÉCIE.

Préparation. — Pommade de cacao (préparée avec beurre de cacao 2 parties et huile d'olive 1 partie)......... 60 grammes.

Tannin, 16 grains.............	0,80 centigram.
Quinine, 8 grains.............	0,40 centigram.

Dissolvez dans :

Alcoolat aromatique............	8 gramm.

M. S. l'art.

On fait usage soir et matin de cette pommade qui arrête assez bien la chute des cheveux.

BAUME VULNÉRAIRE ANGLAIS.

Mastic......................	1 gramm.
Storax en larmes.............	20 gramm.
Benjoin.....................	8 gramm.
Myrrhe.....................	1,20 centigram.
Aloès succotrin..............	2 gramm.
Baume du Pérou.............	2 gramm.
Racine d'angélique............	4 gramm.
Esprit-de-vin.................	250 gramm.

Laissez digérer pendant quelques jours et filtrez.

ELECTUAIRE ANTIRHUMATISMAL (CHELSEA PENSIONER'S ELECTUARY).

Résine de gaïac..............	30 gramm.

Poudre de rhubarbe...........	8 gramm.
Fleurs de soufre..............	60 gramm.
Bitartrate de potasse pulvérisé...	30 gramm.
Poudre de gingembre..........	30 gramm.

Miel, quantité suffisante pour faire un électuaire.

Dose. — Matin et soir deux cuillerées à thé.

POTION ANTIASTHMATIQUE.

Racines d'aunée.............	30 gramm.
Racines d'iris flor.............	15 gramm.

Faites infuser dans quantité suffisante d'eau pour obtenir 300 gramm. de colature.

Ajoutez :

Gomme ammoniaque dissoute dans q. s. de vinaigre scillitique......	12 gramm.
Sirop de polygala de Virginie....	30 gramm.

Mêlez.

Quatre à six cuillerées par jour, dans la dyspnée polyblennique.

ÉLIXIR DE HUFELAND CONTRE LE CATARRHE BRONCHIQUE.

Hufeland avait recours, pour combattre les toux opiniâtres qui persistent souvent après la grippe, à la préparation suivante :

Extrait de chardon bénit.......	4 gramm.
Extrait de douce-amère........	1,20 centigram.
Eau de fenouil...............	30 gramm.
Eau de laurier-cerise..........	4 gramm.

A prendre 60 gouttes quatre fois par jour.

POTION ANTISCROFULEUSE DE HUFELAND ET DE CRAWFORD.

Chlorure de baryum...........	2 gramm.
Chlorure de fer..............	2 gramm.
Eau de cannelle..............	30 gramm.
Sirop d'écorce d'oranges........	30 gramm.

Mêlez.

20 à 30 gouttes toutes les trois heures.

POUDRE ANTICATARRHALE.

Soufre doré d'antimoine,	
Extrait de jusquiame, de chaque..	0,05 centigram.

Extrait aq. d'opium............	0,03 centigr.
Elœosacch. de fenouil..........	1,20 centigr.

M. F. une poudre.
A prendre avant le coucher.

POTION DU DOCTEUR SCHNEIDER CONTRE LA SCIATIQUE.

Le docteur Schneider, d'Offenbourg, emploie avec succès, dans des cas de sciatique et de coxalgie invétérées, la préparation suivante :

Essence de térébenthine,	
Poudre de gomme arab., de chaq..	8 gramm.
Eau de menthe crépue.........	125 gramm.
Sucre blanc...................	15 gramm.
Sirop de menthe poivrée........	30 gramm.

Deux cuillerées à soupe trois fois par jour.

Il fait pratiquer en même temps, plusieurs fois par jour, des frictions sur les parties endolories, au moyen d'un liniment composé de :

Essence de térébenthine.....	1 partie.
Liniment volatil camphré....	2 parties.

REMÈDE DU DOCTEUR SCHLESIER CONTRE LES NÉVRALGIES RHUMATISMALES.

Deutochlorure mercurique......	0,10 centigr.
Extrait de stramoine..........	0,10 centigr.
Eau distillée.................	60 gramm.

20 à 40 gouttes toutes les deux heures.

POTION ALUMINEUSE CONTRE LA COQUELUCHE.

A l'hôpital des Enfants, à Londres, l'alun est administré avec succès aux doses de 2 à 10 grains, toutes les quatre à six heures, aux enfants de un à dix ans affectés de bronchites spasmodiques.

La formule ordinaire à laquelle on a recours dans ces cas est celle-ci :

Sulfate d'alumine et de potasse...	1,25 centigr.
Extrait de ciguë..............	0,60 centigr.
Sirop de pavot rouge.........	8 gramm.
Eau de fenouil...............	90 gramm.

M. Toutes les six heures une cuillerée à dessert.

POUDRE CONTRE LA COQUELUCHE.

Tannin,	
Acide benzoïque, de chaque.....	0,10 centigr.

Poudre de gomme arab......... 4 gramm.

M. F. une poudre, divisez en 12 prises à prendre une dose toutes les deux heures dans de l'eau.

TEINTURE DE HIRSCH CONTRE LA CARIE DES DENTS.

Teinture de myrrhe........... 15 gramm.
Acide phosphorique hydraté..... 20 gouttes.

On porte, au moyen d'un pinceau, quelques gouttes de cette mixture sur la partie nécrosée de la dent, ou bien l'on introduit dans la cavité un tampon d'ouate imbibée de la liqueur.

PILULES DE WUTZER, CONTRE LA SPERMATORRHÉE ACCOMPAGNÉE DE FAIBLESSE ÉRÉTHISTIQUE DES ORGANES GÉNITAUX.

Acide phosphorique sol......... 4 gramm.
Camphre broyé................ 1,20 centigr.
Poudre d'éc. de quinquina....... 4 gramm.
Extrait de cascarille........... q. s.

pour faire des pilules de 10 centigr., que l'on roule dans de la poudre de cannelle. Cinq pilules trois fois par jour.

CATAPLASME NARCOTIQUE.

Pulpe de carottes cuites en bouillie. 500 gramm.
Poudre de ciguë................ 30 gramm.
Opium........................ 0,50 centigr.
Faites une pâte molle.

Topique calmant. — Cancers superficiels, etc.

PILULES CONTRE LA POLYBLENNIE PULMONAIRE CHRONIQUE.

Gomme ammoniaque............ 4 gramm.
Extrait d'aunée............... 4 gramm.
Soufre lavé.................. 4 gramm.
Extrait de marrube blanc....... q. s.

pour faire des pilules de 10 centigr.

Cette préparation, qui a quelque analogie avec les pilules antiasthmatiques de Quarin, est fort utile dans la bronchorrhée des vieillards.

PILULES DE BERNDT CONTRE LA GLUCOSURIE.

Acétate de morphine........... 0,15 centigr.
Sulfate de cuivre ammoniacal.... 0,30 centigr.
Extrait de fiel de bœuf......... 4 gramm.
Poudre de quassie amère........ 4 gramm.

Faites des pilules de 10 centigr.

Cinq pilules matin et soir, dans le diabète mellitique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

REMARQUES SUR LA DÉTERMINATION DES SIGNES POSITIFS DE LA MORT.

Il est une question dans la science, qui, semblant toujours résolue, se reproduit toujours, parce qu'elle se rattache à l'un des plus invincibles instincts de l'homme ; cette question est celle qui a pour but la détermination des signes positifs de la mort. En mettant naguère au concours cette question, l'Académie des sciences a prouvé qu'elle en comprenait toute la gravité ; en couronnant le Mémoire de M. le docteur Bouchut, elle a montré que le travail sérieux et honnête est toujours sûr de trouver dans son impartialité éclairée un noble encouragement.

Ce double et légitime tribut payé à l'illustre compagnie et au docte lauréat qui a su mériter son suffrage, je vais, avec une complète indépendance, examiner les principales conclusions auxquelles s'est arrêté M. Bouchut, et auxquelles il a été conduit, soit par l'observation directe de l'homme, soit par des expériences sur des animaux vivants. Ne craignez point, Monsieur le Rédacteur, d'après cet exorde presque académique, que je suive l'auteur pas à pas dans la longue et laborieuse route qu'il a dû parcourir pour arriver au but qu'il se proposait. Je sais que, homme pratique, vous visez essentiellement à la pratique, et que nulle idée n'a le droit de se produire dans votre savant recueil, si elle n'aboutit directement à l'application. Aussi bien me proposé-je de me renfermer rigoureusement dans ces limites, en touchant ici à la question posée par l'Académie des sciences et résolue par M. le docteur Bouchut.

Cor primum vivens, et ultimum moriens : cet aphorisme de Haller semble être l'idée qui a dirigé M. Bouchut dans ses recherches. Je suis bien loin de le blâmer de s'être laissé diriger par cette méthode philosophique. Qu'on accepte expressément cette méthode, ou qu'on s'en défende, je suis convaincu qu'elle conduit tous les savants au début de leurs travaux. L'esprit conçoit une idée dans une direction scientifique donnée, il s'efforce d'en vérifier la valeur par l'observation ; c'est ainsi et pas autrement que l'on parvient à saisir la vérité, à faire de la science. Newton lui-même acceptait cette méthode, seulement il ne voulait pas, et avec raison, qu'on séparât les conceptions *à priori* ou inductives de l'observation, de l'expérience. Quoi qu'il en soit à cet égard, nous ferons tout d'abord une remarque : *cor primum vivens.*

Il ne paraît pas, d'après les travaux modernes sur l'embryologie, que cette proposition de Haller soit exacte ; mais à supposer même qu'il en fût sur ce point comme l'illustre physiologiste le pensait, il faudrait bien admettre aussi avec lui que ce n'est là qu'une manifestation de la vie, et que quelque chose est antérieur au cœur, c'est la force même qui le forma. Aristote, lui aussi, avait, dans un autre ordre d'idées, émis une fameuse formule, *nihil est in intellectu quod non fuerit prius in sensu*; il n'y a rien dans l'intelligence qui n'ait passé par la porte des sens. Il n'y a rien dans l'intelligence, etc., *excepté l'intelligence*, reprend Leibnitz. Il y a donc des forces immanentes dans l'organisme, ce sont les forces même qui créent l'organisme ; et la question la plus considérable en physiologie est de déterminer la part qui doit être faite à ces forces primitives dans le jeu régulier ou anormal de la vie, ainsi que la mesure dans laquelle concourent au même résultat les formes acquises de l'organisation une fois formée. Ces premières remarques, qu'il serait trop long de développer, nous conduisent à poser ceci : Les faits démontrent que les principales fonctions de l'organisme peuvent être momentanément suspendues, sans que la vie s'éteigne nécessairement, parce que la vie n'est pas un simple résultat de l'organisation.

Maintenant la circulation est-elle une des fonctions dont la suspension momentanée n'entraîne pas nécessairement et immédiatement la mort ? Il n'est personne certainement aujourd'hui qui n'hésitât à répondre à cette question. M. Bouchut affirme que dans les syncopes les plus complètes l'oreille saisit encore les battements du cœur. Je veux bien l'en croire ; mais je lui demanderai s'il pense que ces mouvements presque vermiculaires, ces frémissements de la fibre vivante, soient une force *a tergo* suffisante pour faire progresser le sang dans les myriades de vaisseaux capillaires par la voie desquels la molécule vivante entre en conflit avec le liquide réparateur ? Le cœur bat aussi dans la période algide du choléra ; mais à coup sûr le sang ne circule pas plus dans les capillaires qu'il ne le fait dans l'artère radiale. J'ai vu un dyssentérique qui manqua de pouls pendant près de quarante-huit heures (malheureusement je ne me rappelle pas si je l'auscultai), et chez lequel j'entretins la vie uniquement à l'aide du vin de Madère pendant ce long espace de temps : là aussi certainement la circulation proprement dite était arrêtée. En admettant avec M. Bouchut que, là où le cœur a cessé de battre d'une manière perceptible à l'auscultation, pendant une ou deux minutes, la mort soit définitive et irrévocable, il ne faut donc point interpréter uniquement ce résultat comme la conséquence de l'arrêt de la circulation générale, de la progression du sang à travers les tissus organisés ; car, dans un certain nombre de cas, où

évidemment cette circulation est suspendue pendant un beaucoup plus longtemps, la vie persiste.

Mais cette question n'est qu'une question secondaire pour l'auteur, et ce n'est point là la démonstration qu'il s'efforce de faire : le but qu'il se propose surtout, c'est d'établir que la cessation des battements du cœur pendant une ou deux minutes est un phénomène incompatible avec le persistance de la vie. La question ainsi posée, elle devient purement empirique, et l'observation seule doit concourir à sa solution.

En suivant M. Bouchut dans cette nouvelle direction, je commencerai par faire observer que les expériences sur les animaux, aussi bien que celles de MM. Boyer et Magendie, n'ont pas, à notre avis, une bien grande valeur. De ce que, dans ces expériences, où les animaux périssent par hémorrhagie, la vie cesse complétement avec le dernier battement de cœur, nous ne croyons pas qu'il soit légitime d'en inférer que dans tous les états morbides que les accidents de la vie peuvent réaliser, quand les battements du cœur viendront à subir la même interruption, ce phénomène aura nécessairement la même signification. Mais, si ces expériences n'ont qu'une valeur contestable au point de vue de la question qu'il s'agit de résoudre, il n'en est plus de même de l'observation directe des maladies de l'homme. Ici les conclusions de l'auteur ont une bien autre portée. M. Bouchut s'est efforcé de démontrer que dans une foule de cas, où une observation inattentive eût pu faire croire à la réalité de la mort, la persistance des battements du cœur, perçus au moyen de l'auscultation, met sur-le-champ, et de la manière la plus simple, à l'abri d'une funeste erreur. En d'autres termes, dans l'opinion de M. Bouchut, la cessation des battements du cœur pendant quelque temps est un signe pathognomonique de la mort. Je me plais à le proclamer hautement, en formulant cette proposition, l'auteur a certainement avancé la solution de la question qu'il s'est proposé de résoudre ; mais l'a-t-il résolue complétement ? Je ne le crois pas.

Pour que ce signe eût la haute signification que lui accorde M. Bouchut, il faudrait que, dans aucun cas, on n'eût observé cette interruption des battements du cœur en coïncidence avec la persistance de la vie ; or, malheureusement, il ne paraît pas qu'il en soit ainsi. M. Bouchut n'a pu observer plus que moi ces cas réfractaires à sa théorie ; mais ces cas n'en existent pas moins ; le monde ne finit pas à l'horizon borné où s'arrête notre vue débile.

Il est une maladie endémique dans l'archipel des Antilles, et qui plus d'une fois déjà a fait irruption en Europe : c'est le typhus amaril, la fièvre jaune. C'est dans cette affection, dont tous les phénomènes ont été d'autant mieux observés qu'elle a été l'objet de vives contro-

verses, que la proposition trop absolue du savant lauréat de l'Institut trouve un formel démenti. Force m'est, Monsieur le Rédacteur, pour justifier cette proposition, de faire une citation un peu longue; mais il s'agit ici d'une question trop importante pour que je m'expose à tronquer la pensée des auteurs, en me contentant de la résumer.

« Dès la deuxième période de la fièvre jaune, disent MM. Bally, François, Pariset, le pouls perd de sa vitesse; il est ramené d'abord au type physiologisque, si ses pulsations avaient été précédemment plus fréquentes; il en perd peu à peu quelques-unes, jusqu'à ce qu'il arrive au nombre de soixante, de cinquante, et même de quarante; enfin, il est frappé quelquefois d'un degré tel d'infirmité, qu'il n'est plus possible de distinguer les mouvements de l'artère ni du cœur; et, chose étrange, il peut rester dans cet état pendant vingt-quatre ou trente-six heures, avant que la mort survienne, et sans que les forces motrices paraissent anéanties. On voit des malades se lever, se soutenir assez bien, marcher même, quoique ayant ce degré d'altération dans les forces de la circulation. Il faut bien admettre que le cœur jouit encore de la vie; mais ses démonstrations sont si peu énergiques, que souvent il est impossible de les distinguer. Nous avons fait à cet égard toutes les recherches possibles, avec la main, avec l'oreille appliquée sur la région précordiale, avec un cahier de visite fortement lié pour remplacer un cylindre en bois, et *souvent* nous n'avons pu distinguer aucun bruit, aucune impulsion. La circulation se faisait donc tacitement; car, sans elle, il n'y a pas de respiration possible. L'un de nous a vu deux faits de cette nature dans le mois de février 1823, à la Pitié. Deux hommes, atteints d'inflammation hémorrhagique des intestins, passèrent plusieurs jours sans donner aucun signe de circulation; l'un d'eux est resté dans cet état trois jours complets; le cylindre ne put rien apprendre. » (*Histoire méd. de la fièvre jaune observée en Esp. dans l'année* 1821, *par Bally, François et Pariset*, pag. 427.) M. Rochoux, qui combattit avec tant d'âpreté l'opinion de ces médecins sur la nature de cette maladie, et sur son mode de développement, constate, en plusieurs endroits de son livre, les mêmes faits. (*Recherches sur les différentes maladies qu'on appelle fièvre jaune,* pag. 491.) M. Audouard, dans sa *Relation historique et médicale de la fièvre jaune*, s'accorde également sur ce point avec ces divers auteurs (*page* 63). J'ai voulu m'assurer si la même remarque avait été faite par quelques médecins français qui ont observé la fièvre jaune dans les Antilles mêmes : Pouppé-Desportes, qui la décrit sous le nom de mal de Siam (*Histoire des maladies de Saint-Domingue*, t. Ier, pag. 191), n'en dit rien. M. Levalier, dans son *Guide médical des Antilles,* pag. 67, qui décrit la

fièvre jaune sous le nom de typhus ictérode, garde, sur ce phénomène, le même silence. Au reste, le silence, de la part de ces deux derniers auteurs, m'embarrasse moins qu'une assertion explicite; car, quand l'un, qui était un médecin éclairé, écrivait, l'auscultation n'était pas connue, et l'autre ne paraît pas savoir se servir de ce moyen d'exploration. J'ajouterai, mais seulement pour attirer l'attention de M. Bouchut sur ce point, que Kopp affirme avoir également constaté le silence absolu du cœur chez les enfants atteints du spasme de la glotte, qu'il a décrit sous le nom d'asthme thymique.

Je ne crois pas qu'il soit possible d'élever le moindre doute sur la réalité du fait de l'interruption, sinon absolue, du moins apparente des battements du cœur dans certains cas de fièvre jaune, et peut-être même de dyssenterie, quand des hommes du mérite de ceux que nous venons de citer affirment ce fait. Sans doute ces médecins, quel que fût leur mérite comme praticiens, ne maniaient pas la méthode de l'auscultation comme on le fait aujourd'hui. Quoiqu'il ne faille pas trop nous vanter là-dessus, car je ne vois pas beaucoup de découvertes de ces derniers jours qui ne se trouvent toutes faites dans le *Traité de l'auscultation,* ou qui n'aient été pressenties par ce génie exact; mais quelque inhabiles, dans l'usage de cette méthode, qu'on veuille les supposer, cette inhabileté, cette inexpérience d'une telle méthode ne pouvait aller jusqu'à leur faire méconnaître un bruit, un mouvement quelconque à la région précordiale; le diagnostic différentiel du bruit et du silence ne suppose qu'une chose : l'intégrité du sens de l'ouïe. Donc, ou il faut admettre que la science n'est pas transmissible, et la réduire à une sorte d'auto-didactisme, ou bien il faut accepter les faits contradictoires à la thèse de M. Bouchut, que je viens de citer.

Un autre signe de la mort, qui avait été déjà admis par Louis, et que M. Bouchut place sur la même ligne que la cessation des battements du cœur, parce qu'il est immédiat, ou se produit avant la putréfaction, c'est la formation d'une toile glaireuse à la surface de la cornée avec affaissement du globe de l'œil. MM. les membres de la Commission de l'Institut ont, avec raison, contesté la valeur absolue attribuée à ce symptôme par M. Bouchut : ils affirment avoir constaté ce signe plusieurs heures avant la mort, chez des individus atteints du choléra asiatique. Mon attention n'a pas été dirigée sur ce point; mais j'accepte d'autant plus cette assertion, que j'ai constaté le même phénomène, il y a quatre ou cinq ans, sur une petite fille qui fut emportée en vingt-quatre heures, non par le choléra épidémique, qui n'existait point alors, mais par un simple choléra sporadique. Je puis

d'ailleurs assurer à M. Bouchut que ce n'était point là un état de *chassie*, comme il l'appelle quelque part. Le globe de l'œil était comme irrégulièrement aplati; le brillant en semblait d'abord terni comme une glace sur laquelle on aurait soufflé; plus tard, cinq ou six heures avant la mort peut-être, une sorte de toile glaireuse se produisit, qui me frappa d'autant plus que je ne l'avais jamais observée jusque-là.

Telles sont, Monsieur le Rédacteur, les remarques que j'ai cru devoir consigner ici sur une des questions les plus importantes de la médecine pratique. L'Académie des sciences ayant sanctionné par une récompense, d'ailleurs méritée, un travail dont quelques affirmations trop positives m'ont paru pouvoir, bien que dans des cas variés, entraîner des conséquences dangereuses, j'ai cru utile de produire les faits qui semblent devoir limiter la portée de ces affirmations. *To sleep, to die,* dormir, mourir, dit le poëte anglais; malgré les lumières jetées par M. Bouchut sur la question, le danger de cette terrible synonymie ne me paraît pas complétement dissipé; et peut-être, pour atteindre ce but, l'Académie devra-t-elle risquer encore le prix de plus d'une couronne.

MAX SIMON, D.-M.
à Montmirail (Marne).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Ulcération syphilitique de la gorge. — *L'état de grossesse n'est pas une contre-indication d'un traitement spécifique.* — Il est bon nombre de praticiens qui pensent encore que pendant toute la durée de la gestation on doit s'abstenir de tout traitement antisyphilitique, et remettre à une époque ultérieure de combattre les accidents vénériens, si l'on veut se mettre à l'abri d'un avortement. Le fait suivant est une nouvelle preuve que l'on a confondu l'effet avec la cause, et qu'un traitement bien formulé n'entrave en rien la marche de la grossesse. Maria Storkes, couturière, âgée de trente-quatre ans, d'une bonne constitution, mère de deux enfants bien portants, est admise à l'hôpital de la Charité pour une ulcération de la gorge datant d'un mois environ. L'état d'induration des tissus sur lesquels repose cette ulcération, ses bords bien découpés, son fond granuleux portent M. Rayer à regarder cette affection comme syphilitique malgré les dénégations de la malade. Il n'existe d'ailleurs aucun autre symptôme, pas la moindre tache à la peau; elle affirme n'avoir jamais eu la moindre plaie aux parties génitales, et avoue seulement des flueurs blanches, mais elle les a depuis son arrivée à Paris. Après quelques jours d'essai d'une médication locale, qui reste sans effet, l'habile

praticien, malgré l'état de grossesse assez avancée (cette femme est enceinte d'au moins six mois), prescrit les pilules de Sédillot, ainsi formulées :

Onguent napolitain	6 gr.	
Savon amygdalin	2,50	centigr.
Poudre de guimauve	1,50	centigr.

M. et F. S. A. 36 pilules.

Prendre 2 pilules chaque matin ; plus tard le nombre fut porté à trois. Sous l'influence de ce traitement l'état de la gorge s'amendait, mais lentement, et au bout de deux mois la guérison ne se produisait point. M. Rayer a abandonné alors les pilules de Sédillot pour prescrire l'iodure de potassium à la dose d'un gramme d'abord, puis ensuite de 2 grammes. La guérison a marché alors un peu plus rapidement, et cinq semaines environ après, la cicatrisation de l'ulcère était complète. Pendant toute la durée de ce long traitement, la santé de la femme n'a pas éprouvé le plus léger accident ; les mouvements de l'enfant ont continué à être toujours aussi vifs qu'auparavant, et lorsque le terme de la grossesse fut arrivé, un accouchement prompt est venu mettre au monde un enfant qui pendant les douze jours passés à l'hôpital de la Charité n'a offert aucun symptôme apparent d'infection syphilitique.

L'emploi prolongé des purgatifs drastiques peut conduire au choléra. — Dans notre dernier numéro, nous avons cherché à venger les vomitifs et les purgatifs de l'exclusion inintelligente dont ils sont l'objet en ce moment. Nous avons dit, avec M. Escallier, que non-seulement on pouvait y recourir avec avantage dans tous les cas où ils sont indiqués, mais encore que l'emploi de ces médicaments, fait à propos, constitue un des meilleurs moyens d'éviter le fléau menaçant, en guérissant quelques-uns de ces états pathologiques qui, s'ils ne s'unissent pas au choléra, le précèdent dans un assez grand nombre de circonstances. Mais en est-il de même des purgatifs drastiques, et surtout de leur emploi prolongé ? C'est là une question qui nous paraît devoir être résolue dans un sens différent ; au moins, deux faits qui viennent de se passer sous nos yeux nous semblent renfermer cet enseignement. Que nos lecteurs en jugent.

Dans le service de M. Serres à l'hôpital de la Pitié, momentanément dirigé par le docteur Becquerel, se trouvaient deux malades atteints d'une hydropisie générale consécutive à une néphrite albumineuse des mieux caractérisées. L'un de ces malades, homme de trente-cinq ans, avait déjà subi sans succès une foule de traitements, parmi lesquels il

faut ranger deux énormes cautères à la région rénale; l'autre, femme de quarante ans, d'une assez bonne constitution, et chez laquelle la maladie paraissait récente, et encore vierge de tout traitement. Au moment où cette dernière malade arrivait à la Pitié, le choléra était en décroissance, et à peine si de temps en temps on en voyait quelques cas isolés. Encouragé par les résultats remarquables consignés dans ce journal, M. Becquerel songea à mettre en usage le vin de semences de colchique. Il en prescrivit chez la seconde malade d'abord 4 grammes, puis 5 ou 6 grammes par jour, dans une potion appropriée de 120 grammes. Les résultats en furent d'abord très-favorables; la malade urinait beaucoup; mais l'effet le plus remarquable se montrait du côté des voies digestives; il n'y avait pas moins de vingt à trente garde-robes séreuses dans les vingt-quatre heures. Parallèlement à ces évacuations, l'hydropisie disparaissait de jour en jour; mais nous devons dire que l'albumine continuait à être aussi abondante dans les urines, qui étaient blanches, comme aqueuses, et se prenaient par l'acide nitrique en grumeaux blanchâtres, bientôt colorés en vert par la présence de la matière colorante de la bile.

Le quatrième jour de cette administration, on s'aperçut qu'il y avait un peu d'altération des traits, les extrémités étaient froides; il y avait eu dans la nuit des envies de vomir et un vomissement. Plus de doute, le choléra allait se déclarer. Effectivement, tous ces symptômes allèrent en augmentant, et la malade tomba dans un état tellement grave qu'on eut les craintes les plus sérieuses de la perdre. Toutefois, grâce à l'emploi des lavements au nitrate d'argent (25 centig. pour 120 gr. d'eau), des bains d'air chaud, de la glace, de l'eau de Seltz et du punch glacé, on parvint à la réchauffer; et par une application de sangsues au creux de l'épigastre, on triompha d'un sentiment de constriction à la base de la poitrine, avec maux de cœur continuels, qui persistait à la période algide. Le rétablissement a été complet, du moins pour ce qui touche le choléra; car, relativement à la maladie des reins, rien n'est changé : après être restés huit jours sans œdème, les pieds ont commencé à enfler ces jours derniers et le ventre à se remplir d'eau. Evidemment la malade n'est pas plus avancée qu'à son entrée à l'hôpital.

Quant à l'homme qui fut soumis également à l'emploi du vin de colchique, et presque en même temps que la malade précédente, le médicament eut chez lui les mêmes effets purgatifs et résolutifs de l'œdème, sans qu'on eût besoin de dépasser 4 grammes. Au troisième jour, il survint un vomissement, avec commencement d'altération des traits. Instruit par ce qui venait de se passer chez la malade précédente, M. Becquerel suspendit immédiatement le colchique, et sans autre

traitement qu'un lavement au nitrate d'argent et un peu de glace et d'eau de Seltz, les accidents ont disparu dans les vingt-quatre heures. Comme chez la malade précédente, l'œdème a reparu aussitôt après l'interruption du médicament purgatif. Ce malade a depuis quitté l'hôpital dans le même état où il y était entré.

Que conclure de ce qui précède? Deux choses : l'une que le vin de semences de colchique est un agent hydragogue très-puissant, qui peut être d'une grande utilité pour faire disparaître les hydropisies de la néphrite albumineuse ; l'autre, et celle-ci est dans le moment actuel la principale à saisir, c'est que pendant le cours d'un épidémie cholérique les drastiques, par les évacuations répétées qu'ils occasionnent, peuvent mener, par une dégradation insensible, au choléra. Sans doute on pourrait nous objecter que peut-être les deux malades précédents eussent été atteints sans cette circonstance par l'épidémie, à laquelle ils étaient d'autant plus prédisposés qu'ils étaient atteints d'une maladie grave et ancienne. Mais cela n'est applicable qu'au dernier malade, qui a été le moins gravement atteint, et pas du tout à la première qui n'avait fait aucun traitement, et dont les premiers accidents dataient d'une quinzaine de jours. Enfin, en supposant même que cette argumentation eût toute la valeur qu'elle n'a pas, la prudence, cette suprême règle du médecin, ne doit-elle pas lui faire une loi de ne pas exposer des malades, même à la possibilité d'une maladie aussi terrible que le choléra? Les temps d'épidémie ont fait naître à toutes les époques des indications nouvelles qu'il faut savoir saisir, et c'est dans ces circonstances que les principes les mieux arrêtés doivent fléchir devant la logique des événements et de la nécessité.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANGIO-LEUCITE PROFONDE (*Sur le traitement de l'*). La lymphite ou angio-leucite profonde est peut-être une des maladies les plus graves qui puissent atteindre les membres. Ce qui en augmente encore la gravité, c'est qu'elle se développe quelquefois d'emblée, sans aucune cause connue, sans blessure des vaisseaux lymphatiques profonds ou superficiels ; de sorte que la maladie ne se dévoile qu'à une période où il est bien difficile de remédier aux désordres qu'elle a produits. Quand la lymphite profonde succède, ainsi que cela a lieu fréquemment, à la lymphite superficielle, on peut suivre la succession des phénomènes, depuis la formation de la lésion extérieure, souvent très-légère, qui est le principe du mal, l'apparition des stries rouges, des courants rubanés, des plaques rosées, des abcès superficiels, etc., jusqu'aux suppurations étendues dans la profondeur des tissus, sur le trajet des vaisseaux principaux du membre, et aux altérations consécutives des os et des articulations. Les traînées rouges et rubanées de l'angio-leucite superficielle appellent parfaitement l'attention du chirurgien, et nul doute

que, lorsqu'on voit succéder à ces symptômes le gonflement, l'empâtement des parties, la douleur obscure, on ne doive insister avec plus de force encore sur l'emploi des antiphlogistiques généraux et locaux, qui constituent le traitement le plus rationnel de cette maladie. Sans doute les évacuations sanguines générales et locales de toute espèce, les cataplasmes divers, les bains, la compression méthodique, les onctions mercurielles et les autres exutoires, les cautérisations, les enveloppes de coton, les purgatifs, les altérants, les toniques, les incisions multiples aidées des moyens compressifs, les injections de teinture d'iode, d'eau chlorurée, de vin aromatique, de nitrate d'argent, de chloroforme, etc., ont réussi assez souvent à amener la guérison de cette maladie. M. J. Roux a vu, chez un homme de vingt-sept ans, l'inflammation s'étendre, des vaisseaux lymphatiques superficiels aux profonds, malgré les antiphlogistiques, les émollients, les pommades résolutives, la compression; la suppuration avoir lieu, envahir tout le membre, sur lequel il fallut pratiquer trente-cinq incisions superficielles ou profondes, grandes ou petites; et le malade finir cependant par guérir. Mais quand la suppuration intarissable menace de faire périr le malade, ne pourrait-on pas être autorisé à recourir à l'amputation pour le débarrasser d'un membre dont il n'a plus rien à attendre? Dans l'angio-leucite profonde, l'inflammation suppurative s'arrête au chapelet ganglionnaire; et si l'on peut admettre que quelques vaisseaux ne passent pas toujours par la chaîne des ganglions, situés au-dessus d'eux, il est vrai de dire, d'un autre côté, que c'est là une particularité anatomique assez rare, et qui ne saurait arrêter le chirurgien, tant qu'il n'existe pas d'indice certain de ce qu'on appelle l'infection purulente. Malheureusement, les chapelets ganglionnaires se trouvent à la racine des membres, et, dans la lymphite profonde, force est de pratiquer la désarticulation, opération toujours chanceuse, surtout pour l'articulation coxo-fémorale. Dans le fait rapporté par M. Roux, ce chirurgien a pratiqué l'amputation coxo-fémorale chez un malade atteint de lymphite profonde, arrivé à un état d'épuisement extrême, ayant déjà eu deux frissons; et cependant la mort n'est arrivée que le cinquième jour; et l'autopsie a montré que l'inflammation ne dépassait pas les limites de l'amputation. Ainsi s'est trouvée justifiée l'opération pratiquée par notre honorable confrère. L'amputation, dans la lymphite profonde, est donc une ressource qu'il ne faut jamais perdre de vue; mais seulement, comme nous l'avons dit plus haut, la cruelle alternative où est placé le chirurgien, de laisser mourir le malade ou de pratiquer la désarticulation du membre au voisinage du tronc, doit lui imposer le devoir de n'y avoir recours que lorsqu'il aura épuisé tous les moyens dont il peut disposer. (*Gaz. méd.*, juin 1849.)

BAINS DE MOUTARDE (*Leurs bons effets dans les cas de diarrhée cholériforme chez les jeunes enfants*). S'il est important de modifier rapidement la muqueuse gastro-intestinale pour faire cesser la diarrhée et les vomissements, il ne l'est pas moins de ranimer le système nerveux qui fléchit d'une manière si rapide dans cette forme de la diarrhée. L'on sait que cette épithète de *cholériforme* lui a été imposée en raison des symptômes qui lui sont communs avec le choléra, principalement l'excavation des yeux, le refroidissement, la cyanose, l'extinction de la voix, etc. Dans cette forme de l'entérite, comme dans le choléra épidémique, lorsque ces symptômes sont fortement accusés, ce sont eux qu'il faut tout d'abord combattre : que faire pour lutter contre cette sidération qui va tuer le malade? Ce qui a réussi le mieux à M. Trousseau, ce sont les bains de moutarde : comme en médecine pratique les plus petits détails ne sauraient être indifférents, nous allons citer les paroles de cet habile praticien : « On met dans une serviette 500 grammes de farine de moutarde, que l'on délaye dans l'eau froide; puis on noue la serviette de manière que la farine soit lâche, et enfin on la tord et on la presse jusqu'à ce que l'eau devienne jaune. J'ai dit qu'on doit délayer la farine dans l'eau froide, parce qu'alors l'huile essentielle de moutarde se développe en plus grande quantité. L'enfant, soutenu par la nourrice, ou toute autre personne, est placé dans le bain; bientôt il commence à sentir l'action irritante de la moutarde, que la personne sent

aussi ; quand la cuisson est devenue insupportable pour la personne qui le tient, il faut retirer l'enfant, le placer dans une couverture de laine et lui donner à l'intérieur du sirop d'éther par petites cuillerées à café. Voilà ce qu'il convient de faire si la sidération nerveuse est à son comble, car c'est la première chose dont il faut s'occuper ; et quand la vie est ranimée on s'occupe de la médication à opposer à la maladie des entrailles qui lui a donné lieu. » Nous avons trop fréquemment mis en relief les moyens thérapeutiques employés par M. Trousseau pour que nous ayons à rappeler ceux destinés à modifier la muqueuse, surtout après les articles de M. Duclos que nous avons récemment publiés sur l'emploi du nitrate d'argent dans les phlegmasies intestinales, chez les enfants (tom. 35, pag. 241 et 345). Seulement, nous ajouterons qu'il peut arriver qu'après la réaction les enfants tombent dans un état typhoïde ; cet état réclame des bains frais très-courts, de légères affusions froides, des boissons fraîches et un peu stimulantes. Le retour de la chaleur à la peau, l'aspect naturel des traits sont des symptômes favorables. (*Gaz. des hôp.*, sept. 1849.)

CORNÉE (*Procédé particulier d'abrasion appliqué au traitement des taches de la*). L'abrasion de la cornée, opération mentionnée déjà par Saint-Yves, pratiquée par divers oculistes, et remise en honneur en 1843 par M. Malgaigne, a pour objet, comme on sait, d'enlever avec le bistouri les taches de la cornée rebelles à tout autre traitement, et qui n'entament pas toute son épaisseur. Taylor soulevait la tache à l'aide d'un fil passé à sa base, pour favoriser l'excision. M. Malgaigne décrit sur la cornée, avec un ténotome ou un couteau à cataracte, une incision circulaire, saisit le lambeau ainsi circonscrit, par son bord supérieur, à l'aide de pinces à dents de souris très-fines, et le dissèque de haut en bas, comme un lambeau cutané. M. Marcacci propose de modifier ce procédé de la manière suivante : au lieu de circonscrire la partie opaque à enlever par une incision circulaire, on fait, au dessus puis au dessous d'elle, deux incisions semi-elliptiques. Avec la pointe du bistouri tenu à plat en sixième position, on cherche à soulever un petit lambeau de l'angle externe de l'ellipse renfermée entre les deux incisions ; on le saisit avec les petites pinces, et l'on tâche de compléter ainsi l'ablation d'une couche de la cornée dans toute l'étendue de l'ellipse. Au lieu d'un bistouri, il est beaucoup plus commode d'employer un petit couteau à double tranchant ; cette forme abrége l'opération, car elle épargne au chirurgien la peine de faire tourner l'instrument entre ses doigts, selon qu'il veut en diriger le tranchant dans tel ou tel sens. Dans le cas où M. Marcacci a mis ce procédé en pratique, chez un homme de quarante-sept ans, presque aveugle depuis quarante ans par suite de l'opacité des deux cornées, résultant d'une ophthalmie scrofuleuse qui avait duré dix-huit mois, l'espace de la cornée de 3 ou 4 lignes de largeur, que les incisions demi-elliptiques comprenaient, fut très-long à disséquer, à cause de l'excessive mollesse des lames superficielles sur lesquelles il fallait opérer. A force de patience, on parvint à détacher une auréole représentant la grandeur de deux lentilles réunies. Cette opération, qui ne fut suivie d'aucun accident, permit au malade de distinguer, à une vive lumière, les objets qui passaient devant lui. Une seconde opération, pratiquée quinze jours après, n'améliora pas beaucoup l'état de ce malade. En réalité, l'état de la vue avait été notablement amélioré par la double opération. Auparavant le malade ne pouvait que dire, et avec beaucoup de peine, si les fenêtres de sa chambre étaient ouvertes ou fermées. Maintenant il distingue le blanc du noir ; il sait préciser si c'est une voiture qui passe devant lui ou si c'est toute autre machine. En résumé, le procédé de M. Macacci est de nature à rendre plus facile l'opération de l'abrasion, opération par elle-même très-délicate, et qui n'est malheureusement appelée à rendre de véritables services que dans un bien petit nombre de cas. (*Gazzetta toscana* et *Annales d'oculistique*, juillet 1849).

CORPS ÉTRANGER *dans le rectum. Innocuité de son séjour ; extraction facile et sans accidents*. On n'a que trop souvent l'occasion de citer des exemples d'introduction de corps étrangers dans les voies urinaires ou dans les organes digestifs inférieurs. Le plus souvent ce grave

accident, soit seul, soit concurremment avec les manœuvres destinées à opérer l'extraction ou à prévenir les suites du séjour de ces corps, entraîne la mort des malades. Un journal anglais rapportait récemment un cas d'introduction dans le rectum d'un gobelet en verre de grande dimension, dont l'extraction put être opérée, non sans difficulté, à l'aide d'un forceps tel que celui qu'emploient les accoucheurs pour briser la tête d'un fœtus, et suivie d'une prompte et complète guérison des accidents qui en avaient été la suite. Le fait suivant, communiqué par M. Velpeau à l'Académie de médecine, n'est pas moins curieux sous le rapport du succès des manœuvres d'extraction, et surtout des particularités qui furent remarquées pendant le séjour du corps étranger dans le tube digestif. Voici le fait tel que l'a rapporté M. Velpeau :

Un homme entre à l'hôpital de la Charité, présentant une tumeur sous les fausses côtes *droites*; cette tumeur, dont on appréciait parfaitement la forme à travers les parois abdominales, qui étaient repoussées en avant, était causée, au dire du malade, par une longue fiole à eau de Cologne, qu'il s'était introduite dans l'anus et qu'il n'avait pu pas retirer ensuite, l'ayant poussée trop avant. M. Velpeau, introduisant le doigt dans le rectum, sentit en effet la petite extrémité ou l'orifice de cette fiole ; il parvint à la saisir et à en opérer facilement l'extraction ; elle avait 28 centimètres de long. En même temps que l'extraction s'opérait, la tumeur de l'hypocondre droit disparaissait. Une fois l'extraction pratiquée, le malade se trouva tout aussi bien portant qu'avant l'introduction du corps étranger.— Ce qui est surtout digne de remarque dans ce fait, c'est qu'un corps rigide ait pu aller directement de l'anus jusque sous les fausses côtes *droites*, sans produire absolument aucune lésion de quelque importance. (*Comptes-rendus de l'Acad. de médecine*, septembre 1849.)

CROUP (*Bons effets du sulfate de quinine dans le traitement du*). Malgré les travaux nombreux et variés qui ont été publiés sur le croup et sur son traitement, il n'en est pas moins vrai que la thérapeutique de cette cruelle affection de l'enfance n'est pas fort avancée. La plupart des médicaments regardés comme spécifiques n'ont pu résister à une expérimentation soutenue, et n'ont pas tardé à être abandonnés. A quoi attribuer les résultats divergents obtenus par ces moyens ? Evidemment à cela surtout que le croup a été confondu avec une foule d'autres affections qui, pour offrir avec lui quelques points de ressemblance, n'en diffèrent pas moins essentiellement, et par leur nature et par leur gravité. On s'explique difficilement et par quel ordre d'idées on a pu être conduit à employer le sulfate de quinine dans le traitement du croup. Mais là n'est pas la question. La plupart des médications énergiques que possède la thérapeutique appartiennent à l'empirisme pur, et nous ne sachons pas que l'on connaisse le mode d'action du quinquina dans les fièvres intermittentes ou dans les affections périodiques. Nous avons fait connaître, il y a peu de temps, dans ce journal, les résultats favorables obtenus avec le sulfate de quinine, par M. Puls, dans le traitement du croup. Les trois observations publiées par M. le docteur Willems viennent encore témoigner de l'efficacité du sulfate de quinine dans cette affection. Dans le premier cas, nous voyons une jeune fille de six à sept ans, très-sujette aux amygdalites, être prise, vers le milieu de septembre, d'une nouvelle angine tonsillaire. Cinq ou six jours après, par l'effet de l'exposition au froid, l'angine reparaît, accompagnée cette fois de tous les signes d'une affection catarrhale des bronches, et de la manifestation de quelques points blanchâtres, disséminés sur les amygdales. Quelques heures après il survint une légère toux, accompagnée d'un bruit particulier, et suivie de l'expectoration de quelques mucosités filantes, avec fièvre, douleur du cou, et difficulté dans la respiration. La nuit suivante, violent accès de suffocation, pendant lequel la respiration fut très-pénible, et sifflante; toux fréquente, ressemblant à l'aboiement d'un chien; voix rauque, tête renversée en arrière, visage gonflé, lèvres violacées, anxiété. On prescrivit huit sangsues au devant du cou, quarante centigrammes de calomel en huit paquets à donner d'heure en heure; des cataplasmes après la chute des sang-

sues et des sinapismes aux pieds. Sous l'influence de ces moyens, la respiration devint un peu plus libre; mais dans l'après midi, nouvel accès de suffocation beaucoup plus intense que celui de la nuit. (Mixture de Hufeland pour vomitif, un vésicatoire au devant du cou, sinapismes.) Le vomitif détermina des vomissements très-abondants de matières glaireuses; le vésicatoire prit très-bien, et l'enfant eut plusieurs selles liquides. Néanmoins il survint encore pendant la nuit deux accès tellement intenses qu'on craignit de voir succomber le malheureux enfant. On insista sur les vomitifs, et on obtint ainsi l'expulsion d'une fausse membrane arrondie, très-tenace, d'un blanc sale, de la grandeur d'une pièce d'un franc, et percée dans son centre. Mais l'état de l'enfant allait toujours empirant : respiration gênée, comme convulsive; face pâle, anxieuse; pouls d'une fréquence extrême; face couverte d'une sueur froide. Dans cette position désespérée, M. Willems prescrivit immédiatement 40 centigrammes de sulfate de quinine en lavement, à prendre en quatre fois de deux en deux heures. Contre toute attente, la nuit fut très-calme; il y eut du sommeil. Le lendemain, la respiration était plus libre, quoique toujours sifflante; la toux moins douloureuse et suivie d'une expectoration grasse et facile; la face moins gonflée, moins pâle; le pouls moins fréquent et plus large; la voix restait enrouée. Un pareil succès fit insister sur la médication, et en trois jours tous les symptômes avaient disparu, à l'exception de la toux et de la raucité de la voix, qui ont persisté pendant près d'un mois. Dans un second cas, chez un enfant de deux ans et demi, qui, après avoir éprouvé pendant cinq ou six jours une petite toux catarrhale, sans fièvre, sans douleur à la poitrine, fut pris, tout d'un coup, d'une oppression considérable, avec toux rauque, convulsive, et présence de fausses membranes sur les amygdales, les sangsues, le calomel, les sinapismes, les vomitifs, les vésicatoires avaient été employés sans succès, et la présence des mouvements convulsifs pouvait faire craindre une suffocation imminente. Vingt centigrammes de sulfate de quinine en lavement, donnés en quatre fois, d'heure en heure, amenèrent d'abord de la diminution dans le nombre des quintes de toux. Cinq heures après, on en prescrivit encore 25 centigrammes en quatre fois, de deux en deux heures; on obtint un sommeil tranquille, plus de liberté dans la respiration, et moins d'agitation. Deux jours après, la convalescence s'établissait, et la guérison ne s'est pas fait attendre. Enfin, dans le troisième cas, chez un enfant de cinq ans, l'auteur, encouragé par les succès précédents, après avoir toutefois employé les sangsues, un vomitif et des frictions mercurielles sur la région du larynx, prescrivit le sulfate de quinine le jour même du début des accidents, et revenant, de deux en deux heures, au lavement de 10 centigrammes, il obtint rapidement de la diminution dans la dyspnée, dans la raucité de la toux, dans l'agitation et dans l'anxiété. Comme chez les deux malades précédents, l'amélioration s'est soutenue et la guérison a été rapide. — Tels sont les faits de M. Willems; s'ils ne sont pas de nature à faire abandonner les agents énergiques que l'on met habituellement en usage dans le traitement de cette maladie, surtout les vomitifs, les vésicatoires autour du cou, etc., on peut se demander si, avant de recourir à la trachéotomie, qui est véritablement une des dernières ressources, on ne pourrait pas avoir recours au sulfate de quinine, à la dose de 20 à 40 centigrammes donnés en quatre fois, à des intervalles de deux à quatre heures. A cette dose, le sulfate de quinine est, chez les enfants, un véritable hyposthénisant, et on comprend une partie de son action par l'efficacité de ces préparations sur les phénomènes spasmodiques des affections nerveuses, de celles surtout à type rémittent ou intermittent. (*Annales de la Société de médecine de Gand.* Juillet 1840.)

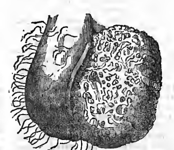
CYANURE DE MERCURE (*Effets avantageux du*) *dans le traitement des accidents tertiaires de la syphilis*). Y a-t-il parmi les préparations mercurielles quelques-unes de ces préparations qui soient appelées à remplir certaines indications, qui conviennent plus particulièrement à certaines formes des maladies syphilitiques? Telle est la question qui a été bien souvent posée par les praticiens et qui est loin d'être encore résolue. Après beaucoup de tâton-

nements, les thérapeutistes se sont arrêtés à des préparations, telles que le proto-iodure par exemple, qui provoquent moins facilement la salivation, et n'ont recours que dans quelques circonstances au sublimé, au mercure métallique à l'intérieur ou en frictions, qui font saliver avec plus de rapidité. L'impression générale est que le mode de préparation n'altère en rien l'efficacité du médicament. Telle n'est pas l'opinion de M. Ramadier (de Lyon), qui donne la préférence au cyanure de mercure dans les accidents tertiaires, et qui lui reconnaît le pouvoir de suppléer dans ces cas l'iodure de potassium. On sait que le cyanure de mercure a été préféré par quelques médecins comme moins décomposable, moins irritant de la membrane muqueuse de l'estomac et plus facilement assimilable que les autres préparations. Ce sel fait partie de la liqueur antisyphilitique de Chaussier et de la pommade cyanuro-mercurielle de Ratier. Quoi qu'il en soit, M. Ramadier cite deux cas de syphilides avec douleurs ostéocopes heureusement modifiées par l'emploi de la solution mercurielle suivante :

Pr. Cyanure de mercure.... 50 centig.
Eau distillée............ 500 gram.

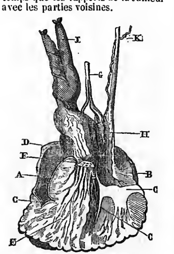
Une cuillerée à bouche tous les matins, pendant un mois, puis une le matin, une le soir, avec adjonction de frictions avec la pommade cyanurée sur les parties recouvertes de boutons. Les douleurs ostéocopes, de continues qu'elles étaient, sont devenues pour ainsi dire intermittentes, et ont fini par disparaître ensuite. Les autres symptômes ne se sont pas montrés plus refractaires. Toutefois, nous nous demandons si on n'eût pas obtenu des résultats parfaitement identiques de l'emploi de toute autre préparation mercurielle, et peut-être même de l'iodure de potassium. (*Gaz. méd. de Lyon*, juillet 1849.)

FONGUS DU TESTICULE (*Sur le traitement du*). Si la chirurgie est, comme on l'a dit avec raison, l'art de conserver les organes malades, il n'est certes pas d'organe dont la conservation importe davantage que celle du testicule, et on doit accueillir avec reconnaissance tous les travaux qui restreignent et circonscrivent davantage l'emploi de l'instrument tranchant. Il y a bien peu de temps encore, toutes les fois qu'un testicule volumineux résistait aux moyens résolutifs ordinaires, on pressait le malade de s'en laisser débarrasser ; à plus forte raison, lorsque ce testicule présentait ou des fistules ou des fongosités. Il existe cependant des tumeurs qui ont de la ressemblance avec des tumeurs de nature douteuse et qui sont cependant d'une nature toute différente, nous voulons parler du *fongus bénin du testicule*. Vaguement décrite par quelques chirurgiens de la Grande-Bretagne, cette affection vient d'être le sujet d'une monographie remarquable publiée par M. Jarjavay, et nous croyons être agréable à nos lecteurs en jetant un coup d'œil rapide sur les principaux caractères de ces tumeurs, et sur le traitement qu'elles réclament. Les fongus du testicule peuvent être divisés en deux grandes classes : 1° ceux qui poussent sur l'enveloppe fibreuse du testicule, ce sont les *fongus superficiels ;* 2° ceux qui poussent à travers une perforation de la tunique albuginée ou *fongus parenchymateux*. Le fongus superficiel peut se former dans deux circonstances, tantôt par une solution de continuité des membranes, et par la mise à nu de la glande qui, n'étant plus comprimée, se couvre de fongosités, tantôt dans le cas d'une hydrocèle traitée sans succès par les injections ou par l'incision, les fongosités s'échappant par l'ouverture de la fistule. Dans le fongus parenchymateux, la continuité de la production morbide et du testicule est évidente. Le volume de ces tumeurs est ordinairement celui d'une noisette ou d'une noix ; elle peut même atteindre celui d'un œuf de poule, comme on peut le voir dans la figure ci-jointe. Leur for-



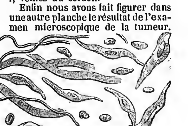
me est sphérique dans certains cas, ovoïde, bilobée, avec ou sans pédicule dans d'autres. Leur aspect est celui d'une mûre, c'est-à-dire qu'elles

sont recouvertes à leur périphérie par des granulations plus ou moins saillantes qui rappellent jusqu'à un certain point les bourgeons charnus des plaies, et entre lesquelles on voit une matière fluide, jaunâtre, purulente, qui les circonscrit. Leur coloration est ordinairement d'un rouge pâle et leur consistance toujours très-ferme. Un pédicule bien prononcé et circonscrit par un anneau très-appréciable formé par la tunique vaginale sépare la production morbide de la glande qui peut être à peu près intacte ou considérablement diminuée de volume, quelquefois même complétement disparue. Une coupe faite sur le fongus laisse voir une masse jaunâtre compacte et sillonnée par des vaisseaux ; la couleur dominante dépend de la présence constante de cette substance jaune signalée par A. Cooper, Broodie et Curling, comme le résultat de l'orchite chronique. On y constate également en plus ou moins grand nombre des vaisseaux séminifères, ainsi que des artères, des veines et du tissu fibro-plastique. La planche suivante donne une bonne idée de la dilatation et du développement du système vasculaire dans le cas de tumeurs de cette espèce, en même temps que les rapports de la tumeur avec les parties voisines.



A, testicule. B, épididyme. C, tunique albuginée. D, tunique vaginale. E, fongus. F, artères et veines testiculaires. G, artère testiculaire. H, canal déférent et artère déférentielle. I, veines du cordon.

Enfin nous avons fait figurer dans une autre planche le résultat de l'examen microscopique de la tumeur.



On y distingue tous les éléments du tissu fibro-plastique, noyaux fibro-plastiques ovoïdes, contenant un ou deux nucléoles, et fibres fusiformes offrant à leur partie la plus renflée un noyau plus ou moins allongé qui ne diffère des noyaux libres que par une largeur moindre et une longueur un peu plus grande; enfin des canalicules spermatiques.

La cause la plus fréquente de ces fongus bénins est une inflammation chronique résultant elle-même d'un coup sur les bourses; mais quelle qu'en soit la cause, le mécanisme de leur production est le même : la substance testiculaire n'étant plus comprimée dans un point donné, tandis qu'elle l'est dans tous les autres, tend à se précipiter vers ce point et à y faire hernie. Quoi qu'il en soit, dans les cas où l'inflammation doit se terminer par un fongus, on voit paraître, au bout de quelque temps, une ou deux bosselures où se font sentir des douleurs d'une intensité variable. Bientôt la tumeur se détache plus nettement du corps de la glande; la peau du scrotum devient d'un rouge brun; une, deux ou même trois ouvertures se forment et se confondent plus ou moins promptement en une seule beaucoup plus large, par laquelle la tumeur apparaît à l'extérieur, dès que l'ouverture est assez grande pour lui livrer passage, avec ou sans écoulement d'un liquide séreux. La tumeur ne gêne d'abord que très-peu les malades; mais peu à peu son poids augmente, et elle finit par être très-pénible à supporter. Le simple contact des corps étrangers sur la tumeur ne cause pas de douleur; mais la pression y provoque la sensibilité propre aux testicules. Abandonné à lui-même, le fongus arrive rarement à guérison, à moins que toute ou la plus grande partie de la sub-

stance glandulaire ait été perdue; c'est-à-dire que l'art doit intervenir d'aussi bonne heure que possible. Mais quel traitement le chirurgien doit-il employer? La médication interne est tout à fait impuissante; la compression n'est pas moins impuissante dans l'immense majorité des cas et ne peut guère trouver son application que dans les cas où celui-ci est récent et peu volumineux. A plus forte raison, en est-il de même de l'emploi des astringents employés à l'état solide ou liquide. Les caustiques auraient de bien plus grands inconvénients parce qu'ils ne donnent pas lieu à une plaie nette et régulière. Restent donc la ligature et l'incision. La ligature a le grand désavantage d'occasionner des douleurs très-vives, intolérables. C'est donc l'incision qui mérite la préférence. Cette méthode a sur les précédentes l'avantage de placer plus vite les bords de la perforation du scrotum dans les conditions favorables à la cicatrisation; elle peut même être aidée de la compression ou de la suture, afin de lutter contre l'action concentrique de la tunique albuginée; mais elle expose à un accident nouveau, l'hémorrhagie. Enfin la castration, qui était autrefois la seule et unique ressource dirigée contre cette tumeur, réputée de mauvaise nature, se trouve indiquée si le parenchyme testiculaire est compris presque tout entier dans la tumeur, s'il ne reste plus à la place du testicule qu'une petite masse compacte et insensible sous la pression, si l'épididyme, le cordon sont volumineux et durs; dans ces cas-là, la castration a l'avantage d'enlever les parties que l'inflammation a occupées, et, comme l'a fait remarquer A. Cooper, d'épargner au malade dans sa guérison un retard qui pourrait être considérable. (*Arch. de méd.*, et *Gaz des Hôpitaux*, juillet 1849.)

GONORRHÉE (*Emploi du vin de colchique dans la*). Il y a deux ans que le docteur Eisenmann recommandait l'emploi, dans la gonorrhée, du vin de semence de colchique uni à la teinture d'opium. Le docteur Froinus, dans un mémoire récent, a publié dix observations de succès, obtenus par ce moyen, dans les diverses périodes de la gonorrhée; et il ajoute qu'il en a obtenu de bons résultats dans cinquante autres cas. Voici la formule :

Pr. Vin de semence de colchique.... 12 gram.
Teinture d'opium........ 60 cent.

La dose est de 25 à 30 gouttes, trois ou quatre par fois jour. La durée moyenne de la cure est de sept jours; et la gonorrhée chez la femme paraît céder aussi bien que chez l'homme. L'auteur dit avoir employé ce médicament à toutes les époques de la maladie; il est cependant prudent d'attendre que la période inflammatoire soit passée. Nous ajouterons qu'il faut suivre avec attention les effets des préparations de colchique, parce qu'elles sont de nature à déterminer des superpurgations, qui peuvent n'être pas toujours sans danger. (*Répert. de pharmacie*, septembre 1849.)

SEIGLE ERGOTÉ *à hautes doses dans les hémorrhagies utérines*. L'expérience a démontré depuis longtemps que les dangers attribués à l'emploi du seigle ergoté étaient exagérés et qu'on pouvait, sans inconvénients notables, dépasser la dose de 30 à 40 grains que la plupart des auteurs de matière médicale assignent comme l'extrême limite de son emploi. Mais nous ne croyons pas qu'il y ait, dans les annales de l'art, d'exemple où le seigle ait été donné à une dose aussi considérable que dans le fait suivant, rapporté par M. le docteur Abeille; fait qui démontre à la fois l'efficacité antihémorrhagique vraiment héroïque de cet agent, et le degré de tolérance de l'organisme à son égard.

Mme V....., trente ans, n'ayant jamais eu de grossesse, aménorrhéique depuis deux ans, à la suite d'une grave affection de poitrine, fut prise, lors de la réapparition de ses règles, d'une métrorrhagie qui ne persista pas moins de trois mois. Un an après environ, elle fut atteinte pour la deuxième fois d'une métrorrhagie prolongée. Cet état durait depuis un mois, malgré l'emploi fréquemment répété et longtemps continué du tamponnement, lorsque M. Abeille fut appelé auprès de la malade. La compression de l'aorte abdominale, des irrigations froides continues sur le ventre et des lavements froids firent céder encore une fois l'hémorrhagie. Trois mois après, nouvelle perte, qui résista cette fois aux moyens précédemment employés. La compression de l'aorte

ventrale ne suspendit l'écoulement du sang que le temps qu'elle dura, environ deux heures et demie à trois heures. A peine cessée, l'hémorrhagie reparut. De fréquentes syncopes, des éblouissements, des tintements d'oreilles, une pâleur cadavérique, un pouls filiforme indiquaient qu'il n'y avait pas un instant à perdre. M. Abeille était tenté de recourir à la transfusion, n'ayant, dit-il lui-même, aucun penchant pour le seigle ergoté, qui, d'ailleurs, avait déjà été employé sans aucun bon résultat. Néanmoins, comme dernier essai, il en prescrivit 10 grammes dans les vingt-quatre heures. Sous son influence, l'écoulement parut diminuer un peu. La même dose fut renouvelée le lendemain, et obtint un résultat analogue. Mais la position de la malade faisant craindre la perte de quelques gouttes de sang de plus, la dose de l'ergot fut portée hardiment à 20 grammes dans les vingt-quatre heures. Cette fois, tout suintement sanguin disparut; mais il survint de nombreuses défaillances, des vomissements presque continuels, qu'il fallut combattre par les narcotiques. Sous l'influence de cette dose d'ergot, la malade avait ressenti des coliques hypogastriques violentes, avec sensation d'un corps en mouvement perpétuel. Cette métrorrhagie n'avait pas duré moins de trois semaines.

Deux mois plus tard, cette dame commençait à travailler, lorsque les règles apparurent pour la seconde fois, et furent suivies d'une perte pareille à la précédente. Le seigle ergoté fut administré par lavement, à la dose de 20 grammes. Deux lavements, en deux jours, enrayèrent complétement l'hémorrhagie; la malade n'éprouva cette fois aucun accident du côté de l'estomac.

Le succès qui a couronné l'heureuse hardiesse du praticien, dans cette circonstance, est de nature à encourager dans l'emploi beaucoup plus large de cet agent thérapeutique qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Cependant il serait bon de pouvoir déterminer les limites qu'il conviendrait de ne point dépasser. Cette limite n'est point absolue, d'une part, en ce qu'elle peut dépendre de l'état diathésique et de la tolérance que cet état constitue, comme dans le cas que nous venons de citer, et, d'autre part, en ce que l'activité du seigle ergoté et ses propriétés vénéneuses diffèrent beaucoup, d'après l'observation de M. Bonjean, qui en a fait l'objet d'une étude spéciale, suivant que cette substance a été recueillie peu après son développement ou dans un état de maturité plus avancé. Ce sont là deux conditions essentielles dont les expérimentateurs et les thérapeutistes devront tenir compte dans l'appréciation des doses auxquelles on pourra, sans inconvénient, élever l'administration du seigle ergoté. (*Gaz. des hôpitaux*, juin 1849.)

SUCRE (*Du*) *comme agent curatif du hoquet*. Un médecin de Bruxelles, M. le docteur Schuermans, vient de trouver, dit-il, dans le sucre une vertu singulière, celle de faire instantanément cesser le hoquet le plus intense et le plus persistant. Ce ne serait là, sans doute, qu'une découverte d'un assez médiocre intérêt, s'il ne s'agissait que du hoquet essentiel qui survient dans l'état de santé et qui, le plus ordinairement, se dissipe si aisément sous l'influence d'une foule de petits moyens vulgaires. Mais il s'agit ici du hoquet symptomatique, qui se manifeste dans certaines affections nerveuses graves, telles que l'hystérie, par exemple, et surtout du hoquet des cholériques, contre lequel on est souvent obligé de recourir à une foule de moyens qui échouent quelquefois, et qui ne sont pas toujours sans inconvénients. Or, dans ce cas, M. Schuermans affirme avoir toujours réussi à faire cesser ce symptôme par la simple administration d'un ou deux morceaux de sucre. Il a employé d'abord ce moyen chez une femme qui, depuis la veille, était dans la période de réaction et tourmentée d'un hoquet qui lui ôtait tout repos. A la visite du matin, il lui donna deux petits morceaux de sucre blanc, et à l'instant le hoquet disparut pour ne plus revenir. Depuis, il en a obtenu le même succès chez tous les cholériques auxquels il l'a prescrit. — Ce moyen est trop simple et trop facile à expérimenter pour qu'à l'occasion chacun ne s'empresse de le soumettre à l'épreuve. (*Presse médicale*, août 1849.)

TUMEURS ENKYSTÉES DES PAUPIÈRES (*Nouveau procédé opératoire pour les*). L'extirpation du kyste est aujourd'hui le traitement le plus

généralement appliqué contre les tumeurs enkystées des paupières. Pratiquée par la face externe, cette petite opération laisse une cicatrice, qui peut bien n'être pas sans difformité ; par la face interne, elle est d'une exécution délicate et assez difficile. M. Malcorps a cherché à la simplifier de la manière suivante : une lancette et un stylet ordinaire, dont on a recouvert le bouton d'une mince couche de nitrate d'argent, constituent tout l'appareil. Pour préparer ce porte-caustique, on fait fondre un peu de nitrate d'argent, et on y trempe légèrement le bouton du stylet ; la couche de pierre infernale s'y attache mieux quand on a préalablement rendu la surface du bouton inégale et rugueuse. Le procédé opératoire est aussi simple que l'appareil : le malade étant assis sur une chaise, l'opérateur se place devant lui, renverse la paupière, fait saillir la tumeur par sa face interne, et y fait, au moyen d'une lancette, une simple ponction. On voit aussitôt sortir la matière contenue dans le kyste. L'hémorrhagie est peu considérable. Dès qu'elle s'est arrêtée, le le bouton du stylet est introduit dans le kyste. Le nitrate d'argent s'y fond et cautérise l'intérieur du sac, presque sans laisser de trace à l'ouverture par laquelle on l'a introduit. Par précaution, on enduit la surface interne de la paupière d'un peu d'huile, et l'on remet l'organe en place. Le traitement consécutif se borne à quelques lotions avec l'eau froide. Ordinairement une seule cautérisation suffit, mais si on le juge nécessaire, on peut y revenir le deuxième ou troisième jour. Ce procédé a, dit-on, parfaitement réussi un assez grand nombre de fois entre les mains de M. Malcorps. (*Annales de Malines et Revue médico-chirurgicale*, août 1849.

VARIÉTÉS.

On pouvait espérer que l'épidémie ne tarderait pas à entrer définitivement dans une période de décroissance et de disparition prochaine ; il n'en est rien encore. Depuis le 30 août, le nombre des attaques et des décès n'a cessé d'augmenter en ville et dans les hôpitaux. Disons cependant que nous sommes bien loin des recrudescences des mois de juin et de juillet. Mais nous sommes à peu près revenus au chiffre de la recrudescence du mois dernier. C'est le 31 août et le 11 septembre que le nombre des attaques a été plus considérable dans les hôpitaux (50), et le nombre des décès a été à son maximum les 1er et 3 septembre (32). Il en a été à peu près de même en ville. La moyenne de la mortalité par jour a été, dans la dernière semaine d'août, de 43 personnes par jour, décès à domicile et décès des hôpitaux réunis ; dans la première semaine du mois de septembre elle s'est élevée à 68. Dès à présent le chiffre de la mortalité cholérique de Paris dépasse celui de l'épidémie de 1832 ; avant peu, il aura atteint 19,000.

Le choléra continue à se propager dans les départements du Midi. Marseille n'a pas échappé au fléau, et il est à craindre que ses ravages ne soient pas moindres dans cette ville que ceux qu'il lui a fait éprouver en 1834. En huit jours, du 22 au 30 août, il y a eu 73 décès. L'épidémie s'est étendue également vers les départements de l'Est, et Strasbourg a déjà payé largement sa dette. Les départements de l'Ouest, la Gironde, la Charente-Inférieure sont encore fort maltraités ; enfin, dans les départements du centre les ravages ne sont pas moindres. Certaines localités, la petite ville de Nérondes, par exemple, dans le Cher, ont perdu la moitié de leur population, et les habitants effrayés ont fui dans la campagne. Dans les départements

du Nord, dans l'Aisne, Seine-et-Marne, la Marne, etc., le choléra semble se réfugier dans les localités rurales, où il sévit avec intensité.

A l'étranger, la recrudescence s'est fait sentir avec autant, sinon plus d'intensité qu'en France. Mais de tous les pays de l'Europe, l'Angleterre, et Londres en particulier, ont été le plus fortement frappés. A Londres, il est déjà mort près de 10,000 personnes, et l'épidémie est loin de ralentir ses progrès; il meurt encore deux cents personnes par jour. Au midi, l'Italie; à l'est, les Etats de Bade, la Prusse, l'Autriche, le Wurtemberg, la Saxe; au nord, la Hollande et la Belgique éprouvent les atteintes plus ou moins violentes du fléau. Aux Etats-Unis et à Cuba, après avoir fait de grands ravages, le choléra semble entré dans une période de décroissance.

Un banquier de Hambourg, qui vient de mourir à Naples, a laissé par testament une somme de 100,000 fr. pour le médecin qui aura trouvé un spécifique contre le choléra. L'Académie de médecine de Paris est, dit-on, chargée de pourvoir à l'exécution de cette clause du testament de M. de Rennes.

Le gouvernement français vient, sur la proposition du Comité d'hygiène, d'introduire dans le régime des quarantaines une réforme radicale. Par un arrêté du président de la République, les navires à voiles venant, en patente nette, de la Turquie d'Europe, de la Turquie d'Asie, de l'Egypte et de la régence de Tripoli seront admis à libre pratique immédiatement après la vérification des papiers de bord, si les communications à la mer et l'état sanitaire des équipages et des passagers ne donnent lieu à aucun soupçon. Quant aux bâtiments à vapeur, ils seront reçus aux mêmes conditions dans les ports français de l'Océan; mais dans les ports de la Méditerranée, les bâtiments, qu'ils appartiennent à la marine militaire, à la marine postale ou à la marine marchande, ne seront admis à libre pratique, même en patente nette, que huit jours pleins à dater du départ, et encore pourvu qu'ils aient à bord un médecin de la marine militaire ou un médecin sanitaire commissionné par le ministre de l'agriculture et du commerce; dans le cas contraire, ils subiront une quarantaine d'observation de trois jours.

L'Académie de médecine vient de décider que la prochaine nomination aurait lieu dans la section de pathologie médicale. M. Bérard, doyen de la Faculté, a été classé définitivement dans la section d'anatomie et de physiologie.

Trois de nos honorables confrères, M. Choisy (de l'Allier), M. Pion (de l'Isère), M. Noël (des Vosges) ont été désignés par le sort pour remplir les fonctions de jurés de la haute Cour de justice qui doit se réunir prochainement à Versailles.

Les étrangers qui se trouvent en Californie se sont réunis pour fonder un hôpital à San-Francisco. C'est un chirurgien français, M. Laruel, qui a

été placé à la tête de cet hôpital, appelé à rendre de grands services à la population émigrante.

M. Ferrus vient d'être nommé membre de la Commission de surveillance des prisons du département de la Seine.

Le concours pour les deux places de médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon vient de se terminer par la nomination de MM. Clerc, Girin et Vernay. Il n'y avait que deux places au concours; mais par suite de la classification du jury, qui avait placé M. Clerc en première ligne, et MM. Girin et Vernay en seconde ligne, *ex æquo*, l'administration a donné une place de plus et a adopté les trois candidats.

M. le docteur Dieu, pharmacien major à l'hôpital militaire de Metz et auteur d'un *Traité de matière médicale*, vient d'être promu à la place de pharmacien en chef à l'hôpital de Constantine.

Le gouvernement belge vient de soumettre à l'examen de l'Académie de médecine de ce pays un projet de loi sur les médecins communaux. Ce projet fixe à 1,000 fr. le maximum, et à 600 fr. le minimum du traitement alloué à ces médecins.

La Commission, dite d'organisation de l'enseignement médical, vient de suspendre ses réunions jusqu'au 15 octobre prochain.

Les premières épreuves du concours pour deux places de médecin vacantes au bureau central des hôpitaux sont terminées. Conformément au réglement, le jury a dressé une liste de huit candidats appelés à prendre part aux épreuves ultérieures. Ce sont : MM. Aran, Bernutz, Bouchut, Bourdon, Davasse, Fournet, Hérard, Oulmont. Dans la prévision d'une troisième place de médecin à remplir, le jury a désigné deux autres candidats, qui seront appelés dans cette circonstance à prendre part aux épreuves. Ce sont : MM. Milcent et Fleury.

Le concours pour la place de prosecteur de la Faculté de médecine vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Follin, interne des plus distingués de nos hôpitaux.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

COUP D'ŒIL SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA-MORBUS ET EN PARTICULIE SUR L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT DANS CETTE MALADIE.

Par M. Barth, médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

C'est malheureusement un fait trop généralement reconnu, que l'épidémie de choléra qui a régné avec tant d'intensité en 1832, a laissé le traitement de cette maladie dans le vague le plus désespérant. Qu'en est-il résulté ? c'est que lorsque, dix-sept ans après, le choléra a reparu parmi nous, nous avons recommencé à nous agiter dans le même cercle, et que nous avons perdu un temps précieux à essayer des médications qui auraient dû être jugées à leur juste valeur lors de la première invasion. Serons-nous plus heureux dans cette épidémie que dans la précédente, et sortira-t-il quelque chose de ces essais nouveaux? Nous l'espérons à certains égards, sans croire que le véritable traitement du choléra, s'il en existe un spécial à cette maladie, ait encore été trouvé.

En attendant, nous avons dû tenir nos lecteurs au courant de toutes les tentatives qui paraissaient devoir être couronnées de succès, et à ce titre, nous leur avons signalé plusieurs fois l'emploi du nitrate d'argent en potion et en lavement. M. Barth vient de lire, à la Société de médecine des hôpitaux, un mémoire plein d'intérêt sur le choléra-morbus épidémique qui a sévi à la Salpêtrière, dans lequel il rend compte de ses essais de traitement avec le nitrate d'argent. Ce travail, trop étendu pour notre journal, doit être reproduit *in extenso* dans les archives générales de médecine, et notre confrère a bien voulu nous donner la partie dans laquelle il rend compte de ses tentatives thérapeutiques, et des raisons qui l'ont dirigé dans la médication qu'il a mise en usage.

Deux cent trente observations font la base de son travail. Dans l'immense majorité des cas, le dévoiement a été le premier symptôme ; dans ceux mêmes où l'explosion de la maladie était brusque, c'est le plus souvent la diarrhée qui ouvrait la scène, et tandis que tous les autres symptômes ont manqué tour à tour, dans une proportion variable, le dévoiement a eu lieu chez tous les malades sans exception, constitué toujours par des selles liquides, fréquentes et copieuses.

En considérant, dit M. Barth, la constance et l'abondance de ces évacuations alvines séreuses, suivies bientôt de vomissements de même nature ; en voyant se succéder ensuite les crampes, le refroidissement de la surface du corps, le ralentissement successif de la circulation dans les

vaisseaux capillaires et dans les veines sous-cutanées, d'où ne s'écoulait plus par la saignée qu'un sang poisseux, dépourvu de sérosité ; la lenteur progressive et l'arrêt du cours de ce fluide dans les artères d'un certain volume ; enfin la diminution ou la suppression complète des urines, et cette soif extrême des malades, ce besoin instinctif de restituer au sang l'eau qu'il a perdue ; en réfléchissant, d'autre part, à la présence si constante, après la mort, d'un sang noir et plus ou moins coagulé dans les cavités vasculaires ; à la congestion des capillaires et des ramuscules veineux des parois intestinales ; au développement si fréquent des follicules sécréteurs du tube digestif, et à la persistance, dans ce conduit, d'une notable quantité de matières séro-muqueuses, liquides et blanchâtres, nous avons cru pouvoir interpréter comme il suit l'enchaînement des faits et la succession des actes intimes de la maladie ; en d'autres termes, la physiologie pathologique du choléra-morbus : afflux du sang dans les parois intestinales ; exhalation excessive de sa partie séreuse à la surface interne des voies digestives ; épaississement ultérieur de ce fluide par la condensation de ses principes constituants ; ralentissement graduel de son cours dans les vaisseaux capillaires, dans les veines et dans les artères, principalement aux extrémités ; diminution de l'hématose et de la combustion pulmonaire ; abaissement consécutif de la chaleur animale, surtout à la surface du corps et dans les parties éloignées du centre circulatoire ; perversion profonde de l'innervation, dont l'excitant physiologique (*sang artérialisé*) est profondément modifié ; enfin suspension de l'action organique normale des viscères, notamment des reins, qui ne reçoivent plus qu'un sang épais et privé d'une grande partie de son eau.

Assurément ce n'est pas là toute la maladie, et il y a quelques éléments du problème qui nous échappent ; il y a surtout le pourquoi de cet ensemble morbide, c'est-à-dire la cause première, qui reste ignorée jusqu'à ce jour, et dont la connaissance seule pourrait conduire au meilleur traitement. Mais, en l'absence même de cette notion précise, il y a certes un grand parti à tirer, pour la médication, de l'étude attentive des faits saisissables pendant la vie et après la mort, et de l'enchaînement des divers actes pathologiques qui se succèdent dans le cours de la maladie. Aussi, fondant nos déterminations sur cette base rationnelle, nous avons pensé que les indications les plus essentielles à remplir étaient les suivantes :

Maintenir ou rappeler le sang à la superficie du corps ; entretenir et activer la circulation capillaire de la peau et des extrémités ; conserver et raviver la chaleur des téguments par les frictions, les applications chaudes, les topiques rubéfiants, les boissons stimulantes et dia-

phorétiques ; engourdir et ralentir par les stupéfiants l'action organique pervertie qui préside aux supersécrétions morbides ; obten r par les astringents le resserrement des orifices sécréteurs par où ces fluides s'exhalent ; modifier la manière d'être des membranes qui sont le siége de ces déperditions, afin d'en tarir la source ; puis calmer les douleurs des membres et modérer les contractions spasmodiques de l'estomac par les sédatifs du système nerveux : telles sont les indications principales auxquelles nous nous sommes efforcé de satisfaire.

S'agissait-il d'un choléra léger, nous faisions placer la malade dans un lit chaud, et nous prescrivions un mélange de thé et de décoction de riz édulcoré avec le sirop de coings ou de consoude, de l'eau de Seltz, des quarts de lavement amidonnés, avec addition de quelques gouttes de laudanum, des cataplasmes sinapisés sur le ventre et des applications chaudes sur les extrémités.

Si la malade nous arrivait dans un état plus grave, on l'enveloppait d'une couverture, et on lui administrait, aussitôt que possible, un bain d'air chaud, de préférence au bain de vapeur, que nous réservions pour les cas où la peau était à la fois sèche et froide. En même temps, on lui donnait pour boisson une infusion de thé, de mélisse, ou de menthe, édulcorée d'ordinaire avec des sirops astringents ; parfois on y ajoutait du rhum en cas de prostration des forces, et 10, 15 ou 20 gouttes de laudanum lorsque la diarrhée était abondante.

D'heure en heure, on faisait prendre une gorgée d'une potion diaphorétique, avec 10 grammes d'acétate d'ammoniaque. On donnait, en outre, de l'eau de Seltz et des fragments de glace pour calmer la soif et modérer les vomissements ; on administrait un quart de lavement amidonné, avec addition de 10, 15 ou 20 gouttes de laudanum. Assez souvent encore, nous prescrivions soit le diascordium, la décoction blanche de Sydenham, soit l'extrait de ratanhia ou le tannin en potion et en lavement. De plus, on appliquait de larges cataplasmes sinapisés sur le ventre, et pour calmer les crampes on promenait sur les membres inférieurs des compresses imbibées d'eau saturée de chloroforme.

Quelques symptômes dominants ont été combattus par une médication spéciale : lorsque les vomissements étaient opiniâtres, des fragments de glace, un mélange d'eau de Seltz et de glace pilée, pris par petites gorgées, un sinapisme sur le creux de l'estomac, nous ont paru le mieux réussir. Des crampes très-vives ont été soulagées instantanément par des applications de chloroforme pur et par l'inspiration des vapeurs de ce liquide. Des contractures très-douloureuses survenues aux mains et aux pieds, dans la période de déclin, ont également cédé à ce puissant sédatif.

Tel est le traitement que nous avons mis en pratique dans la période algide ; et, en résumé, nos efforts avaient surtout pour but de tarir les déperditions morbides et d'obtenir la réaction. Cette réaction une fois obtenue, de nouvelles indications surgissaient : à ce moment, les fluides semblent obéir à un mouvement inverse de celui qui les refoulait vers les parties profondes, et le sang se porte activement vers la périphérie. Mais cette expansion, salutaire quand elle est modérée, dépasse trop souvent les limites désirables, et amène d'autres accidents qui réclament des soins immédiats. Une grande vigilance est alors nécessaire, et il faut se garder d'une sécurité funeste, et se rappeler les congestions redoutables qui menacent les principaux viscères, et l'on se convaincra des graves conséquences que peuvent avoir quelques heures de retard.

Si donc la réaction était modérée, nous suspendions l'emploi des excitants et des narcotiques, en continuant l'usage de l'eau de Seltz et de la glace, et nous donnions à boire abondamment des tisanes gommeuses acidules, pour étancher la soif et réparer la sérosité du sang.

Que si la réaction était intense, nous nous hâtions de recourir aux évacuations sanguines, qui procuraient un soulagement d'autant plus complet qu'elles étaient effectuées plus promptement.

Dans le cas de congestion cérébrale, nous aidions souvent l'action de la saignée générale par une application de sangsues derrière les oreilles ; quand il s'agissait d'une congestion pulmonaire, nous ne tirions du sang que par la veine.

Lorsque les évacuations alvines se répétaient encore dans le cours de cette période, nous remplacions les préparations opiacées par le cachou, le tannin ou l'extrait de ratanhia ; et, en cas de ténesmes intestinaux, avec excrétions fréquentes de mucosités, nous prescrivions seulement des quarts de lavements amylacés. Si les vomituritions, les nausées, tendaient à se prolonger, nous insistions sur l'emploi de l'eau de Seltz et de la glace. Nous traitions les accidents typhoïdes par les boissons émollientes, acidules, et les éruptions diphthéritiques par des collutoires de borax.

A cette médication nous aurions voulu pouvoir ajouter quelques moyens dirigés contre la cause première du mal, quelque spécifique destiné à combattre l'essence même du choléra ; c'est ainsi que, dans la supposition d'un ferment, nous avons quelquefois employé le sulfate d'ammoniaque, mais nous n'en avons retiré aucun avantage manifeste. Nous avons eu alors successivement recours à divers moyens dont on vantait l'efficacité : le *stachys anatolica,* envoyé par le docteur Fauvel de Constantinople et réputé merveilleux en Orient, nous

a paru sans action évidente sur la marche de la maladie. Le *hachisch*, préconisé par M. Willemin, médecin sanitaire en Égypte, nous a semblé d'abord favoriser le retour de la chaleur ; mais les nombreux insucès qui ont suivi l'emploi de cette substance et son goût résineux désagréable nous ont fait renoncer à son usage.

Le *sel marin* nous a mieux réussi, mais pas assez non plus pour nous dispenser de la recherche de quelque agent thérapeutique plus efficace.

En voyant les effets désastreux des déperditions séreuses alvines et l'insuffisance des astringents énumérés plus haut pour en arrêter le cours, nous avons pensé au *nitrate d'argent* comme moyen de modifier la membrane muqueuse intestinale et d'en modérer l'exhalation morbide. Nous l'avons d'abord employé en lavement ; mais nous avons bientôt reconnu l'insuffisance de ce mode d'administration ; et, considérant que la supersécrétion continuait dans l'intestin grêle, nous avons cru nécessaire d'introduire aussi le médicament par la partie supérieure des voies digestives.

Le nitrate d'argent a été administré à cinquante-trois malades de tout âge, et toutes plus ou moins gravement atteintes. Quelques-unes le prirent par le rectum seulement, et la plupart d'entre elles par la bouche et par l'intestin. Donné ordinairement à la dose de 5 centigrammes en potion, de 25 centigrammes en lavement, il était administré un, deux, trois jours de suite, rarement plus longtemps ; assez souvent, l'effet désiré était produit au bout de vingt-quatre heures ; quand il ne l'était pas après trois ou quatre jours, nous considérions le remède comme inefficace, et nous ne jugions pas à propos d'insister davantage sur un agent médicamenteux resté aussi longtemps sans résultat.

Le principal effet du nitrate d'argent était de modérer les sécrétions morbides, et fréquemment, au bout de huit ou dix heures, la diarrhée se trouvait arrêtée. Assez souvent même, les contractions spasmodiques de l'estomac ont paru heureusement influencées : dans plusieurs cas, des vomissements opiniâtres ont brusquement cessé après les premières cuillerées de la potion. Jamais, du reste, ce médicament n'a eu d'inconvénient manifeste : plus d'une fois il a manqué son effet astringent, ou bien il est resté insuffisant, surtout quand il était donné trop tard ; mais il n'a jamais déterminé ni coliques ni douleurs à l'épigastre, et jamais son usage n'a été suivi d'accident.

L'observation suivante nous fournit un exemple de cette médication :

Choléra-morbus grave ; traitement par le nitrate d'argent ; guérison ; récidives, rétablissement. — Louise Leroy, âgée de dix-sept ans, bien constituée, habituellement bien portante, entre, le 1er avril, comme fille de service, à

l'hospice de la Salpêtrière. Employée à l'infirmerie, au service des cholériques, elle est vivement affectée en voyant le grand nombre de malades qui succombent à l'épidémie. Le 5, elle est prise d'un dévoiement abondant, très-liquide, bientôt suivi de nausées, de vomissements, et de crampes dans les membres inférieurs.

Le 6 au matin, nous la trouvons dans l'état suivant : yeux caves, entourés d'un cercle bleuâtre ; nez froid, violacé ; lèvres bleues ; mains et avant-bras cyanosés, refroidis ; cyanose un peu moindre aux pieds ; abaissement notable de la température du corps ; sentiment de malaise et d'angoisse qui fait que la malade se meut continuellement et rejette ses couvertures ; respiration fréquente, courte, anxieuse ; haleine froide, soupirs entrecoupés ; crampes douloureuses dans les bras et dans les jambes, pouls insensible ; nausées continuelles, suivies de vomissements bilieux, verdâtres, puis incolores, aqueux, et couverts d'une mousse légère ; constriction à l'épigastre, pas de coliques ; évacuations alvines fréquentes et copieuses de matières liquides, semblables à une décoction de riz, laissant déposer au fond des grumeaux glaireux, et dans lesquelles on découvre, au microscope, des débris d'épithélium et de petits entozoaires d'une extrême ténuité ; soif vive, immodérée ; suppression complète des urines depuis la nuit. (Bain d'air chaud à renouveler, s'il y a lieu ; décoction de riz édulcorée avec le sirop de coings et laudanisée, eau de Seltz, glace ; quart de lavement avec 15 gouttes de laudanum, sinapisme à l'épigastre, compresses d'eau chloroformée sur les jambes.)

Le soir, à la visite, même état, même cyanose ; la malade vomit à chaque instant, à peine a-t-elle avalé une cuillerée de tisane ou d'eau glacée qu'elle la rejette aussitôt ; elle accuse un sentiment de constriction des plus pénibles à l'épigastre, où elle porte continuellement la main. Le dévoiement est continuel ; deux lavements laudanisés n'ont pu être gardés. (Potion de 126 grammes avec 5 centigram. de nitrate d'argent, quart de lavement avec 25 centigr. de la même substance ; bain d'air chaud.)

Le 7 avril. Le vomissement s'est renouvelé souvent encore pendant une partie de la nuit, et les premières cuillerées de la potion ont été rejetées comme tout le reste. Dans la seconde moitié de la nuit, les vomissements sont devenus plus rares, mais les nausées sont toujours fréquentes. Le lavement a été rejeté au bout de quelques instants, et la diarrhée continue ; mais les crampes sont moins intenses depuis l'emploi de l'eau saturée de chloroforme. (Infusion de mélisse, eau de Seltz, glace ; renouveler la potion et le lavement au nitrate d'argent, les sinapismes et le bain d'air chaud.)

Le soir, la potion a été bien supportée ; les vomissements ne se sont reproduits que lorsque la malade, poussée par la soif, avalait des quantités considérables de sa tisane. Le lavement du matin a été gardé pendant une heure, et, depuis son expulsion, il n'y a eu que quatre selles liquides. En ce moment, la chaleur est revenue, et le pouls est à peu près à l'état naturel. (Même médication.)

Le 8 avril. La nuit a été bonne, sans vomissements ni diarrhée ; il n'y a eu que des nausées et quelques ténesmes. La peau est chaude ; la figure rouge, animée ; le pouls accéléré (116 pulsations), de force moyenne ; la langue est rouge à la pointe, couverte de papilles légèrement saillantes ; la malade se plaint de douleurs de tête et de bourdonnements d'oreilles. Quelques cuillerées d'urine ont été rendues dans la matinée. (Saignée du bras

de deux palettes ; limonade sucrée, eau de Seltz, glace ; lavement de lin et de pavot.)

Le 8, au soir. Le sang tiré le matin présente une très-petite quantité de sérum ; le caillot, qui remplit tout le vase, est mou, foncé en couleur, et présente une surface inégale, marbrée de gris et de jaune.

Le 9. Les urines sont rendues en quantité normale, et la malade éprouve un grand bien-être ; le pouls, moins fréquent, revient graduellement à son type normal, et la peau reprend peu à peu sa température et sa coloration naturelles.

Le 12. La malade commence à prendre quelques aliments, et dès le 16 elle est complétement rétablie.

Le 18, après s'être refroidie par imprudence, elle est reprise des accidents du choléra : dévoiement liquide, abondant ; vomissements aqueux, crampes, refroidissement, petitesse du pouls. (On recommence l'emploi du nitrate d'argent en potion et en lavement, l'infusion de mélisse laudanisée, l'eau de Seltz, la glace, les bains d'air chaud, et les applications de compresses imbibées d'eau saturée de chloroforme.)

Dès le lendemain, la réaction est obtenue de nouveau, les vomissements et les selles s'arrêtent promptement.

Le 21, à la suite d'un écart de régime, nouvelle recrudescence, caractérisée par le retour du vomissement et de la diarrhée. Ces accidents cèdent à la médication déjà deux fois suivie de succès, et la malade, surveillée avec soin, se rétablit peu à peu, et quitte l'infirmerie le 26 avril, pour aller habiter la maison de convalescence de Gentilly, destinée aux cholériques de la Salpêtrière.

Chez la plupart des malades qui ont guéri, nous avons constaté une diminution plus ou moins rapide dans les évacuations alvines ; chez quelques-unes cependant, la cessation complète de la diarrhée a été plus difficile à obtenir, et la réaction n'est survenue qu'après des bains d'air chaud plusieurs fois renouvelés. Deux de ces malades ont eu des accidents de congestion encéphalique, dont la saignée a fait justice ; une autre est tombée dans un état typhoïde, qui s'est compliqué d'un exanthème papulo-érythémateux et d'une exsudation diphthéritique de la cavité buccale.

Parmi les femmes qui ont succombé, quatre sont mortes rapidement dans la période algide ; chez dix-sept autres, la diarrhée a diminué ou cessé entièrement, mais la réaction a été incomplète, ou bien la chaleur ne s'est pas maintenue ; une fois, après une prompte disparition du dévoiement, il est survenu une forte réaction, qui s'est compliquée bientôt d'accidents cérébraux, avec tremblement des membres, contraction de la mâchoire, et renversement du cou en arrière. Deux malades, après une amélioration notable, sont tombées dans un état de prostration et d'adynamie et ont été emportées le quatrième et le septième jour du traitement. Une dernière enfin, âgée de quatre-vingt-six ans, était en pleine convalescence, quand elle s'affaiblit sans trouble fonctionnel apparent et s'éteignit inopinément huit jours après le début de la maladie.

En résumé, sur cinquante-trois malades traitées par le nitrate d'argent, concurremment avec les moyens généraux capables de rétablir la chaleur, M. Barth a compté vingt-sept guérisons contre vingt-six décès. Ce résultat n'a rien de remarquable au premier abord ; mais, en faisant la part des fâcheuses conditions dans lesquelles se sont trouvées ses malades, presque toutes affaiblies par le grand âge, les infirmités et la misère antérieure, la proportion des guérisons qu'il a obtenues à l'aide du nitrate est assez belle encore pour qu'on soit en droit de placer cet agent thérapeutique parmi les remèdes les plus utiles dans le traitement du choléra-morbus.

DE LA MÉDICATION PHARMACEUTIQUE ÉLIMINATRICE DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DARTREUSES.

Par le docteur Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes (1).)

Si l'on a bien compris les études exposées dans les articles précédents, il doit rester démontré à l'esprit des praticiens :

1° Que dans certaines circonstances la disposition organique et humorale se trouve dans des conditions si favorables, que l'élimination s'effectue sans opération préalable sensible, c'est-à-dire sans la manifestation à nos yeux de la coction, exprimée par l'amaigrissement.

2° Que souvent l'élimination survient spontanément après que la coction a été déterminée par une altération constitutionnelle produite soit par des remèdes dits altérants, soit par les diverses diètes que nous avons exposées.

3° Qu'en conséquence, lorsque l'élimination, par des sécrétions critiques, s'effectue à la suite de ces divers traitements médicinaux ou hygiéniques, ce n'est plus le remède ou le régime diététique qui détermine cette élimination, mais seulement les conditions dans lesquelles ces modificateurs ont placé nos humeurs et nos organes.

4° Qu'ensuite, il existe des tempéraments et de certaines économies qui subissent l'influence médicatrice des modificateurs relatés, mais cependant sans pour cela pouvoir arriver à ce moment suprême de la situation constitutionnelle où l'élimination peut s'effectuer.

Alors, si vous abandonnez tout traitement par lassitude ou découragement, les matériaux pathologiques, quoique désagrégés, si l'on peut ainsi parler pour saisir un phénomène si occulte, mais circulant encore dans nos fluides, se reconstituent, se recherchent, et la maladie reparaît presque aussitôt par des tendances morbides pareillement

(1) Voir la livraison du 30 août, page 145.

cachées, que j'ignore par conséquent, mais qui n'existent pas moins.

Je sais bien, comme nombre d'observations me l'ont prouvé, que si des sécrétions critiques ne sont pas survenues chez tel ou tel malade à la suite de l'usage de tel altérant ou de telle diététique, c'est que ces modificateurs ont été mal appliqués, mal remplis ou pas assez prolongés. Mais c'est que souvent certaines de ces circonstances s'exécutent à l'insu du médecin, et que la dernière est très-difficile à bien préciser.

En effet, quel est le point, le moment suprême, comme je le disais plus haut, de la coction où doivent s'effectuer les sécrétions critiques et par elles l'élimination? Nul ne peut le préciser. Aussi est-ce le nœud gordien de la question : le délier, serait peut-être tout expliquer; ce serait avoir le secret entier de toute la médecine. Malheureusement, il n'en est pas ainsi : nous savons seulement que par tels moyens nous pouvons y arriver, mais nous ne savons ni quand, ni positivement si nous y parviendrons. Pour suppléer à ce dénûment, il n'y a qu'un moyen : c'est d'observer attentivement quelles sont les modifications obtenues sur la constitution. Mais ceci ne peut guère se déterminer par l'analogie comparative, parce que l'altération constitutionnelle varie autant que les nuances, je ne dirai pas de tempéraments, mais de physionomies. Toutefois, si ces modifications paraissent notables, même profondes, si les organes se montraient fatigués de l'action médicamenteuse ou de la persistance diététique, il faudrait se hâter d'exciter par des moyens pharmaceutiques les sécrétions qui ne sont pas encore venues d'elles-mêmes.

Ici seulement il y a une nouvelle difficulté; mais, avant, disons qu'heureusement, si les sécrétions critiques ne sont pas survenues faute de ce que la constitution n'est pas encore arrivée à un point de coction suffisant, ces mêmes sécrétions et excrétions excitées et provoquées hâtent aussi le moment de cette coction, en soustrayant des matériaux humoraux qui, dans les réactions physiologiques, pouvaient encore être mis à profit pour se défendre de l'élimination naturelle; avec les purgations provoquées, au contraire, des matériaux même encore purement physiologiques étant soustraits, l'absorption n'en est pas moins augmentée, et par elle, partant, la résorption des éléments pathologiques hâtée et facilitée. Dans cette disposition médicatrice de l'économie, les évacuations continuant d'être provoquées, on conçoit que l'élimination doit s'ensuivre.

Il y a seulement ici, comme je l'ai déjà fait pressentir, une difficulté : quelle est ou quelle sera la disposition critique de tel individu à l'égard de tel ou tel organe sécréteur? Est-ce par le tube intestinal, les reins, la peau, qu'il faut solliciter les évacuations? Les observations

commémoratives de la disposition du sujet peuvent mettre sur la voie; mais, dans le doute, s'il n'y a pas obstacles pathologiques préalables ou concomitants, nous tentons d'abord la médication purgative intestinale, puis la rénale, et ensuite la cutanée. Nous nous gardons bien de les solliciter toutes en même temps, comme ne manqueraient pas de le faire certains empiriques qui dotent leurs remèdes de toutes les vertus à la fois; car nous courrions ainsi risque de les neutraliser toutes par un phénomène de révulsion antagoniste, dont l'équilibration pourrait arriver à une annulation thérapeutique. D'ailleurs, en provoquant ainsi séparément et successivement divers organes sécréteurs, nous n'en fatiguons aucun, et nous obtenons de chacun tout ce qu'il est susceptible de produire dans la médication.

Toutefois, avant d'entrer dans les détails particuliers d'application, rappelons plus explicitement que si une médication altérante, une diète altérante, même un traitement topique résolutif, peuvent seuls, séparément, exciter tellement l'absorption et placer l'économie dans une situation telle que l'élimination puisse s'ensuivre, il est encore certain qu'une médication purgative peut aussi, soit par la révulsion, soit par la soustraction humorale, amener la résolution pathologique, produire pareillement la coction et à plus forte raison l'élimination. Serait-ce à dire, alors, qu'une médication pharmaceutique purgative fût le traitement par excellence? Non, puisqu'il y a tant de faits qui, en pratique, viennent le contrarier ou le contre-indiquer, ainsi qu'on a dû le pressentir par tout ce qui précède. Ces considérations doivent seulement faire comprendre que véritablement le but de la nature est tel que nous avons indiqué; attendu que, dans les circonstances complexes que nous avons désignées, nous trouvons l'explication de différentes guérisons en apparence contradictoires, et qui cependant, par les phénomènes physiologiques expliqués, prennent les mêmes voies de solution.

L'observation est donc complète, puisqu'elle embrasse tout, puisqu'elle donne l'explication de toutes les particularités pratiques, individuelles et thérapeutiques. C'est, enfin, ce qui prouve que nous sommes dans le vrai, parce que tout ce qui dérive des lois providentielles peut bien avoir des instruments divers, des voies différentes, mais toujours ces instruments travaillent au même but, ces voies conduisent vers une fin identique.

Ainsi donc, en pratique, il s'agit d'abord de pouvoir constater si tel cas réclame le concours de plusieurs de ces médications que je puis appeler concordantes, harmoniques, ou si l'on peut s'en référer à l'une d'elles seulement. C'est ce que je ne pourrai bien expli-

quer que dans l'ouvrage entier que je dois publier sur les maladies dartreuses.

Mais enfin, si déjà j'ai montré que les éliminations critiques s'effectuent par les seules forces organiques, après la coction naturelle ou provoquée; si j'ai constaté que mercuriaux, iodures, alcalins, régime diététique, conduisent à cette coction, qui quelquefois produit d'elle-même une élimination naturelle; si, d'autre part, j'ai démontré que des purgations ou des spoliations longtemps et suffisamment renouvelées amènent la coction et l'élimination tout à la fois, il restera manifeste que de telles évacuations sont le véritable moyen de dépuration tant cherché.

Ainsi, d'après ce qui précède, une méthode suffisamment évacuante, réunissant toutes les conditions exigées par les dispositions physiologiques comme par la sensibilité organique individuelle, *pourra être seule suffisante et sera souvent nécessaire, sinon indispensable, pour compléter les autres moyens qui se bornent ou peuvent se borner à préparer ou à hâter la coction.*

Les purgatifs que j'emploie n'ont, comme on le pense bien, rien de particulier dans leur action, encore moins de spécificité. Je choisis toujours les plus commodes ou les moins désagréables. Ainsi, quand les circonstances le permettent, j'utilise les eaux minérales salines des environs de Manosque, celles de Saint-Martin-de-Renacas, de Puselat, de Gréoulx, de Digne, avec ou sans addition de quelques sels neutres. D'autres fois, j'emploie les eaux artificielles de Sedlitz, d'Epsom, de Niederbronn. Des purgatifs préparés avec le citrate et le tartrate de magnésie m'ont rendu de véritables services, par la facilité avec laquelle on les fait prendre aux malades. Néanmoins, le purgatif que j'emploie le plus communément, parce qu'il est le plus commode et le meilleur marché, est l'eau-de-vie allemande (teinture de jalap composée du Codex).

J'ordonne cette teinture de deux manières : d'après la formule du Codex, que j'appelle eau-de-vie allemande nº 1, et la teinture nº 2 ou teinture additionnée, parce que j'y fais ajouter 5 centigrammes de tartre stibié par 30 grammes d'alcool. J'administre ensuite ces élixirs purgatifs, suivant les sujets ou les circonstances, depuis 8 grammes jusqu'à 30 et 40; mais pour l'ordinaire je m'arrête à 15, 20, 25, c'est-à-dire, une cuillerée à bouche ou une et demie, en commençant par une, deux cuillerées à café, que l'on met dans un bol d'une infusion de tilleul, de verveine odorante, d'angélique, de citronnelle ou même de café, etc. De cette manière, le malade prend un purgatif réellement très-énergique, sous forme d'une boisson fort agréable; car, l'alcool que contient l'élixir, associé avec les infusions aromatiques, ne fait qu'ajouter

à leur parfum, en même temps que la quantité de sucre qu'on y met neutralise la légère amertume des résines qui, se trouvant alors en suspension et mélangées au liquide aqueux, le troublent à peine.

Lorsque la membrane muqueuse intestinale est fatiguée de supporter la stimulation purgative, ce qui s'annonce quelquefois par une irritation sur le rectum indiquée par le ténesme et rarement par quelques mucosités sanguinolentes; ou bien lorsque la tolérance est établie, c'est-à-dire que le purgatif n'amène presque plus d'excrétions; ou bien même si une inflammation chronique, une sensibilité individuelle empêchent qu'on ne sollicite les sécrétions intestinales, je m'adresse à d'autres organes pour déterminer l'élimination dartreuse. C'est donc sur les reins ou sur la peau que je dirige alors mes agents thérapeutiques.

Les expérimentations cliniques ont dû facilement démontrer à chaque praticien que nous possédons bien peu de médicaments diurétiques dont l'action soit vraiment constante et directe sur la sécrétion rénale. On a dû observer néanmoins que les sels alcalins, pris dans une abondante quantité de liquide et administrés à haute dose, remplissent plus sûrement l'intention du praticien, lorsque surtout le sang était saturé de ces sels. Quant à nous, d'ailleurs, notre choix ne saurait être embarrassant; car ces substances, outre l'action qu'elles ont sur la diurèse, ont aussi celle d'atténuer le sang, et de concourir ainsi à la résorption des matériaux pathologiques, et partant à la résolution de la lésion anatomique interstitielle.

C'est donc aux sels de potasse et de soude, notamment à l'azotate de potasse et au bicarbonate de soude que je donne la préférence. J'emploie le premier à la dose de 8 jusqu'à 30 grammes; le second, que je réserve pour des cas fort rares, dans les dartres où les fonctions du tube digestif sont perverties, je le donne à la dose de 5 jusqu'à 20 grammes, ordinairement dans deux pintes d'eau fraîche, et plus rarement dans des infusions de fleurs de mauve, de violette, de racine de chiendent, de canne de Provence, d'asperge, de fraisier ou de feuilles de pariétaire, de fumeterre, etc.

Enfin, lorsque nous ne pouvons pas diriger notre action éliminatrice sur les intestins ou les reins, lorsqu'une affection tenace et rebelle nous paraît exiger une persistance beaucoup plus considérable dans l'élimination, et que les sécrétions intestinales et rénales nous ont paru avoir fourni tous les matériaux critiques qu'elles pouvaient extraire de l'économie, nous portons notre action thérapeutique sur la peau. Mais nous prévenons que, soit qu'il n'y ait pas ici d'action révulsive, soit que cette fonction ne puisse pas donner issue aux mêmes matériaux morbigènes, l'action en est beaucoup moins prononcée, et peut-être

moins efficace. Aussi n'est-ce guère que lorsque les fonctions du tube intestinal ou des reins sont fatiguées, ou lorsque la tolérance s'est successivement établie sur chacun de ces appareils secrétoires, que nous avons recours à l'élimination diaphorétique. Elle est cependant fort utile en ce moment, ne fût-ce que pour s'assurer que l'élimination a été entière; car nous avons rencontré, à ce sujet, des faits d'une grande importance. En effet, s'il existe encore quelque vice primitif de l'affection cutanée, elle peut reparaître, et il est toujours très-nécessaire d'avoir un garant de plus pour éviter cet accident pour lequel tant d'efforts ont déjà été faits.

Chose remarquable, en excitant l'élimination par la diaphorèse, au lieu de sueurs abondantes ou périodiques, nous avons vu survenir des abcès sous-cutanés. Quel rapport avait ce phénomène pathologique avec l'action thérapeutique que nous provoquions? Nous pensons que cela tenait à ce que nous employions des sudorifiques, tels que la squine et le sassafras, qui nous paraissent être des médicaments plus excitants de la circulation que de l'exhalation cutanée. Il est vrai de dire que nous avons vu survenir ces phénomènes dans les premiers temps de notre pratique, il y a une quinzaine d'années, alors que nous ne mettions pas encore en usage et préalablement le régime diététique altérant, et que la nutrition, en s'effectuant presque comme à l'ordinaire par l'assimilation de la nourriture habituelle, conservait au sang toute sa force et sa plasticité. Par suite, la fibre organique possédait toute sa résistance, les sécrétions s'effectuaient difficilement, et les organes recevaient, des médicaments, plutôt un excès d'excitabilité qu'une véritable détente critique.

Disons, à ce propos, qu'il nous paraît qu'on aurait doté bien gratuitement de propriétés sudorifiques la squine, le gaïac et la salsepareille; car, si ce n'est lorsque les malades sont arrivés à un état extrême de faiblesse, je n'ai jamais observé de diaphorèse notable; et si l'on a obtenu par ce moyen la guérison de quelques syphilis confirmées, ne faudrait-il pas plutôt l'attribuer à l'affaiblissement dans lequel étaient tombés les malades, qu'à l'action sudorifique du remède? Si l'on analyse bien, en effet, les observations dont il s'agit, on trouvera que tous ces malades étaient déjà tombés dans une extrême faiblesse et qu'ils excrétaient plus qu'ils n'assimilaient. D'ailleurs, les partisans les plus zélés de la méthode sudorifique, tels que Massa, Brassavole, Huttin, Mathiole, faisaient suivre leurs remèdes du régime alimentaire le plus rigoureux; de sorte qu'il est bien permis de penser que l'élimination qui s'ensuivait, même l'action sudorifique, tenaient plus au régime diététique qu'au médicament lui-même. Au dire de beaucoup de thé-

rapeutistes et d'après tous les résultats chimiques, le meilleur sudorifique serait, comme l'a indiqué M. Cadet de Vaux, de l'eau pure chaude, prise en très-grande quantité et surtout pendant la période d'affaiblissement d'un traitement altérant ou d'un régime diététique. Les eaux thermales prises de la même manière ont encore plus d'action ; car, une fois cette habitude de diaphorèse établie, les malades suent périodiquement dans leur lit, deux, trois mois après avoir quitté les eaux.

C'est donc l'eau chaude minérale, l'eau pure ou une infusion agréable que nous mettons en usage, lorsque le malade a été suffisamment affaibli par le régime diététique ou les médications évacuantes antérieures. Alors, vraiment, la diaphorèse est non-seulement abondante, mais facile ; car, quelques verres d'eau chaude pris ainsi le soir ou le matin, pendant que le malade est au lit, déterminent souvent les succès les plus extraordinaires soit par la quantité, soit par la nature de la sécrétion.

Voilà donc trois actions éliminatrices, la purgation, la diurèse et la diaphorèse, entre les mains du praticien. Maintenant, comme il n'est pas toujours nécessaire de les employer toutes les unes après les autres, il se soulève tout naturellement cette question : quelle est celle qui a le plus de puissance éliminatrice? Dans l'état de la science, et malgré toutes nos observations et expérimentations, le problème est encore tout à fait insoluble. Mais, ce qui n'est pas douteux, c'est que si la diurèse et la diaphorèse ont une action éliminatrice aussi puissante que la purgation intestinale, celle-ci, outre ses avantages de révulsion, a encore celui de conduire plus directement et plus promptement à la coction. En effet, les sécrétions intestinales ont une influence bien plus directe sur le système nerveux ganglionnaire et sur le système lymphatique absorbant ou résorbant, ce qui détermine un effet bien plus efficace et plus rapide sur les actions et réactions moléculaires de toute l'économie. De plus, pendant que l'action sécrétoire est dirigée sur une vaste surface, que les glandules si nombreuses de Payer et de Brunner sont ainsi surexcitées, l'appel sanguin et humoral qui en résulte tient en arrêt ou dévie plus énergiquement le travail pathologique. Si l'on s'en tient encore à la facilité avec laquelle les évacuations intestinales favorisent l'altération, on est porté à penser que par cette action purgative soutenue on paralyse en même temps l'absorption intestinale destinée à la nutrition ; d'où il suit que les évacuations intestinales amenant plus directement à la coction, c'est par elles qu'on peut remplacer plus particulièrement l'action altérante du régime diététique, la favoriser ou la hâter, si on l'a déjà employée. En conséquence, on fera précéder autant

que possible, par les évacuations intestinales, les évacuations urinaires et les cutanées, parce que, en favorisant plus immédiatement la coction, elles préparent l'économie à l'action des deux autres modes de la médication éliminatrice. Tel est, du reste, le modèle que nous fournit, on peut le dire, la nature dans l'effet des eaux minérales qui, pour la plupart des cas, commencent par déterminer les purgations intestinales, puis la sécrétion urinaire, et enfin la diaphorèse. DAUVERGNE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LES DANGERS DU CHLOROFORME.

Par M. A. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

La question des anesthésiques est d'une si grande importance que nous ne laissons jamais échapper l'occasion d'y revenir toutes les fois que de nouveaux travaux viennent nous donner l'espérance de la voir arriver à une solution plus précise et plus complète. Le rapport de M. Malgaigne à l'Académie de médecine peut être considéré comme le résumé le plus fidèle de cette question à l'époque où il a été écrit ; mais le nombre encore restreint des accidents rapportés aux anesthésiques à cette époque permettait de croire que, avant peu, un certain nombre des conclusions du rapport se dégagerait d'une manière plus éclatante, sinon même que certaines de ces conclusions seraient modifiées dans un sens ou plus large, ou plus restreint.

M. Robert vient de marquer son entrée à l'Académie de médecine par la lecture d'une note fort intéressante sur les dangers du chloroforme. La position élevée que M. Robert occupe dans le monde chirurgical, les expérimentations si nombreuses auxquelles il s'est livré sur les anesthésiques à l'hôpital Beaujon lui permettaient, peut-être plus qu'à tout autre, de formuler une opinion sur une question qui préoccupe à tant d'égards les chirurgiens, et dont la solution ne peut manquer d'avoir de l'influence sur l'avancement de l'art chirurgical.

Nous laisserons d'abord parler M. Robert, et nous ferons suivre sa communication de quelques observations qui nous paraissent indispensables.

« Pour être bien compris, a dit M. Robert, j'ai besoin de rappeler succinctement à l'Académie la série de phénomènes que l'on observe en général pendant l'éthérisation.

« A part les cas où l'insensibilité s'établit d'une manière rapide, les phénomènes peuvent être divisés en deux périodes distinctes.

« Dans la première, que j'appellerai période d'excitation, il y a d'abord de l'injection aux conjonctives, puis de l'agitation, un peu de délire, et quelques légers mouvements convulsifs ; la sensibilité paraît abolie, mais souvent elle ne l'est pas complétement, ou elle ne l'est que pour un temps très-court. De sorte que, si l'on essaye alors de pratiquer une opération, elle est à peine commencée que le malade se livre à des mouvements violents, qu'il cherche à fuir, et qu'il serait exposé aux dangers les plus graves s'il n'était vigoureusement contenu. Et cependant à son réveil il ignore ce qui s'est passé, et en général il affirme n'avoir éprouvé aucune douleur.

« Qu'on juge de l'embarras où peut se trouver un chirurgien dans un pareil désordre. Je ne crains pas d'affirmer que, si l'anesthésie ne pouvait être ni plus absolue, ni plus durable, il faudrait la bannir absolument de la pratique des opérations.

« Mais si l'on continue l'éthérisation, on voit apparaître une autre série de symptômes. Le visage pâlit ; les muscles se relâchent et tombent peu à peu dans un état complet de résolution ; la respiration devient stertoreuse, et l'insensibilité tellement profonde que les individus peuvent subir les opérations les plus graves, les mutilations les plus douloureuses, sans témoigner la plus légère sensation.

« Telle est la seconde période, ou période de collapsus, que j'appellerai aussi période chirurgicale ; car c'est la seule où le chirurgien puisse agir avec sécurité.

« Lorsque les symptômes de la première période n'ont offert qu'une intensité modérée et une durée peu considérable (quelques minutes seulement), j'ai lieu de penser, j'aime à croire que l'éthérisation n'offre aucun danger ; et l'on peut, par des inhalations intermittentes et répétées, quand il en est besoin, maintenir l'insensibilité pendant un temps assez long, une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure même, au dire de quelques praticiens, sans que les malades en soient fâcheusement affectés.

« Mais, et c'est là le point sur lequel je désire surtout fixer l'attention de l'Académie, il est des individus chez lesquels cette première période est signalée par des symptômes d'une grande intensité. L'agitation est extrême, la respiration précipitée ; il y a du délire, des mouvements d'une telle violence que, si l'on ne contenait pas les malades, ils pourraient attenter à leurs jours.

« Un chirurgien publiait, il y a quelques mois, l'observation d'un individu à moitié éthérisé qui s'était échappé de ses mains et avait failli se précipiter par une fenêtre. Cette période d'excitation, quand elle est parvenue à un tel degré, et qu'elle se prolonge au delà de quelques in-

stants, dénote une grande perturbation du système nerveux. Si l'on ne suspend pas aussitôt l'éthérisation et que l'on cherche à obtenir la période de calme ou de collapsus, je pense que l'on met en péril la vie du malade. Sur près de cent vingt opérations pratiquées avec le chloroforme, j'ai rencontré trois individus présentant à divers degrés les circonstances dont il s'agit.

Obs. Ire. Le premier était un Alsacien de quarante-cinq ans, d'une haute et grêle stature, admis à l'hôpital Beaujon pour y être traité d'une entorse du genou droit. La maladie ayant résisté pendant plusieurs mois aux traitements variés que j'avais mis en usage, et le genou restant gonflé et douloureux, je résolus d'y appliquer plusieurs raies de feu, et je procédai d'abord à l'inhalation du chloroforme. Pendant vingt minutes le malade ne cessa de s'agiter, de crier, et quand on le pinçait ou qu'on le piquait pour interroger l'état de la sensibilité, il se révoltait avec violence. Craignant de prolonger cet état, je le cautérisai avant d'avoir obtenu l'anesthésie. Il fallut quatre hommes pour le contenir. Il poussa des cris horribles, et cependant, quand il fut revenu à lui-même, il déclara avoir à peine senti l'action du feu. Du reste, cette crise violente se dissipa assez promptement, et sans laisser de traces.

Obs. II. Le deuxième malade était un menuisier de cinquante ans, très-vigoureux, et adonné à l'ivrognerie. Il avait été admis à l'hôpital pour y subir l'extirpation d'une tumeur variqueuse sous-cutanée de la tempe droite, résultat d'une ancienne contusion. Après dix minutes d'éthérisation, sans effet notable sur la sensibilité, sur la myotilité et l'intelligence, il fut pris tout à coup de délire accompagné d'agitation furieuse. Je ne voulus pas continuer l'emploi du chloroforme, et comme d'ailleurs il paraissait être devenu insensible, je me décidai à l'opérer. Mais aussitôt que j'eus pratiqué l'incision des téguments, la sensibilité se réveilla et l'agitation devint telle, que j'éprouvai les difficultés les plus grandes pour mener à fin l'opération. Celle-ci terminée, il déclara n'avoir rien senti. Il eut un peu de céphalalgie et de fièvre pendant vingt-quatre heures.

Obs. III. L'histoire du troisième malade présente un haut intérêt. Ici l'éthérisation, pour des motifs que l'on appréciera, a dû être poussée plus loin que chez les deux malades précédents, et elle a donné lieu à des accidents funestes.

Le 30 août dernier, à neuf heures du matin, je fus mandé à l'hôpital Beaujon pour y voir un malade affecté d'une hernie étranglée. C'était le nommé Gallard (Michel), âgé de quarante-neuf ans, marchand de chevaux, d'une force herculéenne, et adonné aux derniers excès de l'ivrognerie. Il portait depuis dix-huit ans, à l'aine droite, une hernie qu'il avait, disait-il, toujours contenue; mais le 27 août il était tombé de cheval; son bandage s'était cassé pendant la chute; en même temps la hernie était sortie très-volumineuse, et n'avait pu rentrer.

Lorsque j'arrivai près de lui, l'étranglement durait depuis deux jours et demi : il vomissait abondamment des matières roussâtres et manifestement stercorales. Du reste, la tumeur de l'aine, d'un assez grand volume, était assez molle, peu douloureuse; le ventre était indolent. J'espérai donc pouvoir réduire cette tumeur, bien que plusieurs tentatives déjà faites dans l'hôpital eussent été infructueuses. J'étais d'ailleurs décidé, en cas

d'insuccès, à pratiquer immédiatement l'opération. Pour faciliter le taxis, j'eus recours au chloroforme, et, à cet effet, je plaçai une petite éponge dans une compresse roulée en cornet et fixée avec une épingle. Je dirigeai l'éthérisation moi-même, et j'eus la précaution de toujours laisser au malade un espace libre entre l'appareil et le visage pour ne point gêner l'entrée de l'air.

Pendant dix minutes environ, le malade n'éprouva rien de notable; mais bientôt les yeux s'injectèrent; il devint loquace, délirant, comme un homme ivre; la respiration devint précipitée; sa peau se couvrit d'une sueur abondante; enfin, son agitation devint telle, que trois infirmiers durent le contenir. Néanmoins, la sensibilité n'était pas abolie. Je me trouvai en ce moment dans un état de perplexité facile à concevoir : d'une part, l'agitation du malade ne me permettait pas de pratiquer le taxis, encore moins la herniotomie, et je me voyais contraint ou de l'abandonner au lendemain, ce qui me paraissait dangereux, vu l'état avancé de l'étranglement, ou de continuer l'éthérisation pour obtenir l'insensibilité, l'immobilité complète. D'une autre part, continuer l'éthérisation me paraissait une chose grave; mais comme ni mon expérience, ni celle d'autrui ne m'avaient appris qu'il y eût péril imminent pour la vie, je me décidai en faveur de ce dernier parti. Je continuai donc l'inhalation du chloroforme, et ce fut seulement au bout d'une demi-heure que l'agitation se calma, que les muscles se relâchèrent et que je pus enfin procéder au taxis. Celui-ci fut continué pendant près d'un quart d'heure, mais sans succès, et je dus alors pratiquer immédiatement l'opération. Celle-ci présenta quelques difficultés spéciales qui en prolongèrent la durée. La hernie était fournie par le cæcum et irréductible comme les hernies de ce genre; de sorte qu'après avoir débridé le canal inguinal, je crus devoir ouvrir l'intestin pour mieux assurer le cours des matières fécales. Pendant l'opération, qui dura au moins vingt minutes, le malade s'agita plusieurs fois; mais il fut immédiatement replongé dans l'état anesthésique par des inhalations de courte durée. Après l'opération, il se réveilla; son pouls était petit, un peu fréquent; il était sans abattement et conservait encore un peu de délire, ce qui m'engagea, par mesure de précaution, à le faire vêtir de la camisole. Au bout d'une heure, sa raison était entièrement revenue. Il pria l'infirmier de service de lui ôter ce vêtement qu'il trouvait incommode; il but à plusieurs reprises; il était calme et ne se plaignait de nulle part. Vers une heure du matin, il demanda encore à boire; mais une demi-heure après, l'infirmier s'étant approché de son lit, le trouva mort. Il avait expiré sans bruit, sans agitation, sans même que ses voisins eussent pu s'en apercevoir.

L'autopsie cadavérique fut pratiquée le 1er septembre au matin, trente heures après la mort.

Il n'y avait pas de rigidité; le cou et la face étaient violacés et comme ecchymosés, le cerveau et les méninges fortement injectés; les poumons souples et crépitants, mais partout gorgés de sang noir. Les cavités du cœur, droites et gauches, contenaient aussi une grande quantité de sang noir, à demi coagulé, et sans mélange aucun de fluides aériformes. Le foie contenait une telle quantité de sang que, lorsqu'on le coupait, ce liquide ruisselait en nappe à la surface des incisions. La rate était également distendue.

Il n'existait aucune trace de péritonite. La hernie était formée par le cæcum, et n'offrait pas de sac; elle était, dans toute son étendue, entourée de tissu cellulaire lâche et filamenteux. En se précipitant au dehors, l'intestin avait exécuté un mouvement de demi-rotation sur son axe, de telle sorte que l'appendice iléo-cæcal, entraîné en avant, formait une espèce de collier autour de la terminaison de l'intestin grêle. C'était là le seul obstacle qui s'opposât mécaniquement à la circulation des matières, et cet obstacle, l'opération ne l'avait ni découvert ni détruit.

« Le simple exposé de ce fait suffira, je pense, pour laisser dans tous les esprits la conviction que le chloroforme a été la cause unique de la mort. Si l'on contestait cette opinion en s'appuyant sur la nature des lésions cadavériques, et si l'on prétendait que le malade a péri par asphyxie plutôt que par le chloroforme, on serait dans une complète erreur ; car j'ai moi-même dirigé l'éthérisation avec tous les soins convenables, et je puis affirmer que l'air a toujours pénétré librement dans les poumons. Je dirai donc que cette prétendue asphyxie n'est autre chose qu'un empoisonnement, et que cet empoisonnement est dû à ce qu'un agent septique gazeux a été absorbé en même temps que l'air atmosphérique...

« Mais on dira peut-être que l'éthérisation a été poussée trop loin, puisque, chez les animaux, elle amène toujours la mort quand elle est ainsi portée à ses limites extrêmes. A cela, je répondrai que personne jusqu'à ce jour n'a encore formulé de règle précise à cet égard ; que personne n'a établi la posologie du chloroforme ; qu'il est même impossible de l'établir, tant sont variables les effets de cet agent sur l'organisme de l'homme. Certains individus tombent rapidement dans l'insensibilité après en avoir seulement inhalé quelques gouttes ; d'autres peuvent sans résultat en absorber des doses énormes, et, ce qui est digne de remarque, c'est que l'anesthésie, une fois établie, peut être entretenue pendant assez longtemps par des inhalations successives, sans qu'il paraisse en résulter de graves inconvénients.

« M. Denonvilliers a communiqué à l'Académie l'observation d'une femme âgée de soixante-dix ans, à laquelle il avait enlevé une tumeur encéphaloïde occupant la profondeur du mollet. La malade fut plongée dans une complète insensibilité, au moyen de l'éther, au bout de douze minutes, et cet état fut entretenu pendant trois quarts d'heure que dura l'opération, par des inspirations d'éther, plusieurs fois reprises et suspendues ; la respiration fut stertoreuse dès le commencement et conserva ce caractère pendant quelque temps, même après l'opération terminée. La malade, il est vrai, demeura pendant trente-six heures dans un état inquiétant de stupeur et d'assoupissement ; néanmoins ces accidents se dissipèrent, et le neuvième jour elle était dans un état très-satisfaisant.

« M. Sédillot, dans une communication faite à l'Académie sur les effets du chloroforme, dit que l'insensibilité peut être prolongée pendant plus d'une heure sans accident. Moi-même, il y a quelques mois, obligé de trépaner le tibia d'un vieillard de soixante-dix ans, sur lequel il existait une vaste caverne résultant d'un coup de feu très-ancien, je pus, au moyen du chloroforme, maintenir l'insensibilité pendant plus d'une demi-heure sans qu'il en résultât le moindre inconvénient.

« Ces faits, dont je pourrais facilement grossir le nombre, me paraissent donc établir que les troubles qu'occasionne le chloroforme dans le système nerveux ne sont point en rapport avec les quantités absorbées de ce médicament, mais qu'ils tiennent à des conditions individuelles que l'observation ne nous a point encore révélées...

« En résumé, je crois pouvoir tirer de ce travail les conclusions suivantes :

« Lorsque les inhalations de chloroforme, au lieu d'amener l'insensibilité d'une manière calme et rapide, déterminent au contraire une vive irritation sur le cerveau et provoquent de l'agitation, du délire, des mouvements convulsifs, *il y a danger*. La prudence veut que l'on suspende immédiatement les inhalations, et qu'on refuse au malade les bienfaits de l'anesthésie qui pourrait lui devenir funeste. »

Nous rendrons d'abord pleine et entière justice aux sentiments qui ont guidé M. Robert dans la communication de cette note. Plein d'admiration pour la découverte des anesthésiques, ce chirurgien a pensé qu'on aurait fait beaucoup pour leur naturalisation dans la pratique chirurgicale en signalant les circonstances dans lesquelles leur emploi est contre-indiqué. Le but est digne et louable. Voyons si M. Robert ne l'aurait pas dépassé.

Si nous nous en tenions à la conclusion modeste qui termine cette note, il suffirait, pour se mettre à l'abri du danger des inhalations, de ne pas les pratiquer chez les individus *dont elles irritent le cerveau et chez lesquels elles provoquent de l'agitation, du délire, des mouvements convulsifs*. A cela nous n'avons que deux objections à faire, mais nous croyons qu'elles ne manquent pas d'une certaine valeur.

D'abord, les faits de mort rapportés dans ces derniers temps sont-ils de ceux dans lesquels il y a eu irritation du cerveau, agitation, délire, mouvements convulsifs ? Nous n'irions pas loin pour réfuter cette assertion ; à un ou deux faits près, la mort a eu lieu subitement, presque sans agitation, sans délire, sans convulsions, en un mot, sans aucun de ces phénomènes *très-appréciables* dont M. Robert a parlé, et que les chi-

rurgiens n'eussent pas manqué de signaler. Tout au plus si les malades ont présenté un peu d'inquiétude lors des premières inhalations, c'est-à-dire très-probablement lorsque les vapeurs du chloroforme arrivaient en trop grande abondance dans les voies aériennes et avant que celles-ci fussent habituées à leur contact.

Envisageons maintenant la question à un tout autre point de vue, et demandons-nous ce que produisent les inhalations chez les sujets habitués aux alcooliques. Tandis que chez presque tous les sujets qui n'abusent pas des boissons fortes, chez les femmes et les enfants en particulier, on voit l'anesthésie arriver très-rapidement, au milieu d'une immobilité presque complète, ou du moins sans une agitation bien prononcée; chez les hommes adonnés aux alcooliques (le fait est constant dans les hôpitaux), le chloroforme commence par déterminer de la loquacité, de l'agitation, des mouvements convulsifs et désordonnés. Que si l'on arrête l'inhalation à cette période, les malades restent dans cette période d'excitation, dans un état très-voisin de l'ivresse. Mais, si l'on continue les inhalations, ils ne tardent pas à arriver à la seconde période, à celle que M. Robert a nommée avec raison *chirurgicale*. Certes, nous ne prétendons pas que l'on ne puisse observer quelque chose d'analogue chez certains sujets prédisposés; mais le fait en lui-même est très-rare, et nous serions bien tenté de croire que la manière de diriger les inhalations n'est pas sans influence sur sa production.

Voilà les résultats que fournit l'observation directe, et qui n'ont certainement pas échappé à M. Robert; de sorte que, pour épargner aux malades des accidents très-peu probables, il priverait un très-grand nombre d'entre eux du bénéfice des inhalations.

Après cela, comme l'a dit avec raison M. Velpeau dans la discussion académique qui a suivi cette communication, ce n'est pas une chose indifférente que l'emploi du chloroforme, et les inhalations anesthésiques peuvent avoir leur danger. Peut-être même, parmi les faits de mort attribués jusqu'ici au chloroforme, en est-il un ou deux que, pour notre part, nous pensons lui appartenir réellement. Mais le plus grand nombre est dû, nous ne craignons pas de l'affirmer, au défaut de précaution de la part des opérateurs, à la nature de l'appareil employé, etc., bref à ces conditions qui ont été si bien exposées par M. Malgaigne dans son rapport académique. Qu'on nous explique autrement comment, dans les deux plus grands services des hôpitaux de Paris, dans celui de M. Velpeau et dans celui de M. Roux, il n'y a pas encore eu, depuis l'application des anesthésiques aux opérations chirurgicales, un seul fait de nature à ébranler la confiance de ces chirurgiens dans l'emploi de ces moyens.

Il est vrai que M. Robert, dans sa communication, n'a pas eu en vue les accidents immédiats du chloroforme, mais les accidents consécutifs. Des opérés ont succombé, s'est dit ce chirurgien, dans un temps bien plus court que celui dans lequel ils succombent ordinairement. A l'autopsie, on a trouvé quelques indices de troubles du côté des organes respiratoires et circulatoires. C'est au chloroforme qu'il faut rapporter les accidents. Nous regrettons de le dire; mais M. Robert a, en quelque sorte, forcé la conclusion. Sans doute, si la science ne possédait pas des faits du même genre, il eût pu conclure dans ce sens. Mais, comme l'a très-bien fait remarquer M. Velpeau, ne voit-on pas, à la suite des opérations, de ces morts subites que rien ne peut expliquer? « Je citerai, a-t-il ajouté, le fait d'un homme fort et robuste, entré à la Charité pour un rétrécissement de l'urètre; je lui passai une bougie sans difficulté; le lendemain, il était mort. Cette année même, une femme, entrée pour une tumeur blanche du genou, se portant bien d'ailleurs, est morte inopinément, sans que rien ait pu faire soupçonner la cause d'une mort aussi inattendue. Ces faits malheureusement ne sont pas très-rares. En quoi le fait de M. Robert diffère-t-il des précédents, et eût-il été bien étonné de cette terminaison funeste si rapide, dans un temps où les anesthésiques n'étaient pas encore connus et appliqués?... » A ces considérations, nous n'ajouterons qu'un mot : c'est que la terminaison par la mort est surtout fréquente dans la hernie étranglée, et que le fait en a été formellement consigné par Astley Cooper dans son Traité des hernies.

Que M. Robert nous pardonne la vivacité de cette discussion; mais de l'opinion qu'il défend, on ne tarderait pas à tirer des conclusions défavorables à l'emploi du chloroforme, de nature à en restreindre l'emploi même dans les circonstances les plus utiles; et à nos yeux, le chloroforme est encore un des agents les plus précieux de la thérapeutique chirurgicale. Il restera cependant quelque chose de la communication de notre honorable confrère, c'est que les opérations ne sauraient être pratiquées pendant la période d'agitation, sans exposer gravement le chirurgien et le malade. Reste à savoir si, en dirigeant les inhalations suivant un autre mode que celui qui est généralement suivi aujourd'hui, en provoquant l'anesthésie d'une manière très-rapide, par exemple, et cependant sans exciter trop vivement les voies aériennes, on ne pourrait pas rendre cette période d'agitation plus courte et moins dangereuse, arriver par une voie plus sûre à la période dite chirurgicale.

CHIMIE ET PHARMACIE.

FORMULES DIVERSES.

(Suite) (1).

GOUTTES LITHONTRIPTIQUES DE PALMIERI (LIQUORE LITHONTRIPTICO DI PALMIERI).

Ce remède, qui jouit en Italie d'une grande réputation comme spécifique contre les affections lithiasiques des reins, paraît en effet s'être montré efficace dans quelques cas, soit qu'il détermine la désagrégation des calculs, soit que, par une dilatation des urétères et de l'urètre, il produise leur expulsion directe lorsqu'ils ne sont encore que peu volumineux.

Le secret de sa préparation consiste à faire bouillir une once de soufre divisé (en fleurs) dans : eau de goudron, une livre. On maintient l'ébullition jusqu'à ce que la liqueur ait pris une belle couleur rouge-rubis ; on décante ensuite, et l'on conserve pour l'usage. La dose de cette liqueur est de 15 à 20 gouttes, comme remède, et de 10 gouttes comme préventif.

LIQUEUR D'IODURE DOUBLE D'ARSENIC ET DE MERCURE (IODARSÉNITE DE MERCURE). LIQUEUR DE DONOVAN. — LIQUOR HYDROIODATIS ARSENICI ET HYDRARGYRI.

Cette préparation, que l'on peut considérer comme une simple solution d'iodure d'arsenic et d'iodure de mercure, renferme, par gros, 1/8 de grain d'acide arsénieux, 1/4 de grain d'oxyde mercureux, et 4/5 de grain d'iode. Elle contient par conséquent 1/4 seulement de la quantité d'arsenic que renferme la solution de Fowler (2).

La composition de cette liqueur, dans laquelle se trouvent réunis les altérants les plus énergiques, explique suffisamment son action puissante; aussi n'est-elle guère supportée pendant les premiers jours de

(1) Voir la livraison du 1er septembre, p. 216.

(2) C'est de la formule de la potion que M. Vanden-Corput entend parler ici, car voici la formule originale de la liqueur mère publiée par Donovan.

Triturez 40 centigrammes d'arsenic métallique, 1 gramme de mercure et 3 grammes 25 centigrammes d'iode avec 3 grammes d'alcool, jusqu'à ce que la masse soit desséchée et qu'elle soit devenue rouge pâle. Versez dessus 192 grammes d'eau distillée; ajoutez-y 1 gramme 50 centigrammes d'acide hydriodique préparé par l'acidification de 13 centigrammes d'iode, et faites bouillir quelques moments.

son administration par la plupart des malades, qui s'émacient rapidement sous l'influence de son administration.

Donovan, Osbrey, Taylor et d'autres l'ont mise en usage pour combattre certaines affections cutanées rebelles, telles que la lèpre, le psoriasis, le lupus exedens, le pityriasis, les syphilides, etc. Ils l'ont employée également dans des cas graves d'ophthalmie scrofuleuse, aux doses de 5, 10, 20 à 30 gouttes de liqueur, étendue d'eau pour l'usage, 2 fois par jour, en augmentant graduellement jusqu'à 4 grammes.

La formule originale de Donovan est la suivante :

Liq. d'iodure d'arsenic et de mercure.....	8 gramm.
Eau distillée........................	100
Sirop de gingembre..................	15

M. divisez en 4 flacons. — A prendre de une demi à une dose matin et soir.

A l'extérieur cette préparation, étendue de partie égale d'eau, a été employée en compresses, dans les mêmes cas que ceux rapportés plus haut ; on en a fait usage également en lotions, lorsque l'administration interne n'était point tolérée.

M. Soubeiran a modifié la liqueur de Donovan, de manière à ce qu'elle renfermât exactement 1/100 de chacun des iodures, c'est-à-dire qu'il prend :

Iodure de mercure (bi)...............	1 gramm.
Iodure d'arsenic....................	1
Eau distillée.......................	98 (1).

BIÈRE ANTISCORBUTIQUE.

Racine fraîche de raifort sauvage..	2000 gramm.
Racine d'acore odorant.........	500
Racine de gingembre..........	30
Baies de genièvre.............	1500
Bourgeons de sapin secs........	500

Les racines de raifort doivent être râpées, et les autres substances

(1) Nous ferons encore observer, car il importe d'être bien fixé sur de pareilles préparations, qu'il s'agit ici d'une modification à la liqueur mère de Donovan. Quant à la modification apportée à la potion de cet auteur par M. Soubeiran. La voici :

Soluté d'iodo-arsénite mercurique...........	4 grammes.
Eau distillée..............................	80
Sirop de gingembre.........................	16

Elle contient 4 centigrammes de chacun des iodures d'arsenic et de mercure.

coupées et contusées, puis le tout est mis en macération pendant quelques jours, à une température convenable, avec :

Bière faible................. 60000 gramm.
Pyromel (mélasse)........... 3000

jusqu'à ce que la fermentation se soit établie ; on passe ensuite ; on dissout dans la colature :

Bitartrate potassique......... 250 gramm.

Et l'on ajoute :

Alcoolat de moutarde 1500 gramm. (10 gouttes d'essence par 500 gramm. d'alcool à 90°).

On peut substituer à la bière une infusion de 60 kilog. d'eau sur 6 kilog. d'orge germée.

Tonique diurétique puissant, que l'on peut administrer aux doses de 50 à 200 grammes par jour.

Cette boisson, qui a quelques rapports avec la sapinette ou le *sprucebeer* des Anglais, pourrait être utile dans la médecine des pauvres, et surtout dans celle des marins ; elle pourrait être mise en usage aussi bien comme diététique et prophylactique, que comme remède contre les affections scorbutiques.

PETIT-LAIT CARBONIQUE (SERUM LACTIS CARBONICO-ACIDULUM).

On trouve dans certains établissements (molkenkuranstalten) de la Suisse et de l'Allemagne un petit-lait acidule, que l'on fabrique en chargeant de gaz acide carbonique, à la manière ordinaire, le sérum du lait de chèvre coagulé au moyen de la présure pepsinifère de veau. Cette préparation, qui se conserve pendant un temps assez long, dans des bouteilles solidement bouchées et ficelées, constitue une boisson tempérante agréable, qui convient aux estomacs faibles, délicats ou fatigués par les excès de table.

VINAIGRE CANTHARIDÉ.

On fait en Angleterre un assez fréquent usage d'un oxéolé de cantharides, que l'on obtient en laissant macérer un mélange de 60 gram. de poudre de cantharides et de 15 grammes de poudre d'euphorbium (résine d'euphorbe) dans 150 grammes d'acide acétique. Après huit jours de macération, on passe avec expression et l'on filtre.

Ce vinaigre, mis en contact avec la peau, au moyen d'un morceau d'amadou, y détermine, en peu de temps, le soulèvement de l'épiderme par l'extravasation du sérum, et détermine une prompte vésication.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Bons effets de l'emploi de l'eau chaude dans le traitement de la période algide du choléra-morbus. — Dans un de nos derniers bulletins des hôpitaux, nous jetions un coup d'œil sur la position fâcheuse des cholériques des campagnes, et nous plaignions sincèrement les médecins appelés à leur donner des soins. Ce ne sont pas tant, disions-nous, les soins médicaux qui manquent aux cholériques, que les médicaments; et nous nous demandions s'il ne serait pas possible de déposer entre les mains des autorités des villages atteints par l'épidémie, du curé, de l'instituteur, etc., quelques-uns des médicaments les plus utiles, en les accompagnant de quelques instructions indispensables.

Nous ne nous faisions pas illusion toutefois sur les inconvénients de mettre entre les mains de personnes inexpérimentées des médicaments actifs, et nous faisions des vœux pour qu'on pût donner à la thérapeutique du choléra une simplicité en rapport avec le peu de ressources dont on dispose dans les campagnes. Sans croire que la question soit définitivement résolue, nous pensons rendre service à nos lecteurs en leur faisant connaître une médication des plus simples, qui est employée journellement à l'hôpital Beaujon par notre honorable confrère M. Sandras, et que l'un de nos correspondants, M. Dambesse (de Plomion), nous dit avoir utilisée dans des cas très-graves. Cette médication n'est autre que l'eau, donnée à l'intérieur en grande abondance et à une température aussi élevée que les malades peuvent la supporter. Nous dirons bientôt comment M. Sandras dirige cette médication dans les diverses périodes du choléra.

Avant tout, nous devons raconter comment l'honorable médecin de l'hôpital Beaujon a été conduit à cette médication. Envoyé en Pologne, comme chacun sait, lors de la grande épidémie de 1831-32, M. Sandras observa à l'hôpital de Varsovie, dans le service de M. Wolff, un traitement qui lui parut réussir mieux que les autres et qui était généralement reçu dans le pays, particulièrement dans la population juive. Ce traitement consistait à donner au malade, suivant son désir, et en grande abondance, de l'eau chaude ou de l'eau froide. Quand l'algidité était très-prononcée, on ajoutait au traitement précédent l'application sur l'épigastre d'une compresse large comme la main, trempée dans de l'alcool et à laquelle on mettait le feu. Il en résultait une brûlure assez profonde dans toute l'étendue occupée par la compresse, brûlure qui n'allait pas cependant jusqu'au troisième degré, excepté dans certains points de la circonférence de la compresse.

Il y avait, dans cette dernière partie du traitement, quelque chose de barbare, que l'on ne pouvait guère songer à introduire en France; cependant, une révulsion aussi énergique jouait certainement un grand rôle dans ce traitement vulgaire, et M. Sandras songea à la remplacer par l'application continue et permanente d'un large sinapisme. D'une autre part, il était évident que l'administration de l'eau très-chaude, si utile pour faciliter la réaction, en donnant artificiellement au malade du calorique, devenait inutile, sinon nuisible, dès que la réaction commençait à se produire. Cependant il fallait maintenir ce mouvement vital en le complétant et en le modérant en même temps : M. Sandras y réussit en remplaçant l'eau très-chaude par l'eau à la glace.

Voici, en définitive, ce qui constitue le traitement actuellement suivi par M. Sandras :

Lorsqu'un malade est apporté dans la période algide, M. Sandras lui fait donner à l'intérieur de l'eau très-chaude (une tisane quelconque, de tilleul, de feuilles d'oranger), à une aussi haute température et en aussi grande abondance qu'il peut la supporter. Peu importe que le malade vomisse et que les garderobes soient abondantes et répétées. L'indication principale est de réveiller la vie qui s'éteint, et l'administration de l'eau très-chaude agit évidemment dans ce sens. En même temps, M. Sandras fait couvrir l'abdomen d'un large sinapisme à la moutarde ; on en recouvre surtout la partie supérieure de l'abdomen, si les vomissements sont le symptôme prédominant ; on l'étend davantage vers la partie inférieure, si la diarrhée est, au contraire, le phénomène principal. S'il y a des crampes, M. Sandras fait promener des sinapismes sur les membres, et, dans certains cas, il favorise encore la réaction en donnant au malade, par cuillerées, une potion stimulante, avec quelques gouttes d'ammoniaque.

Dès que la réaction commence à s'établir, M. Sandras cesse immédiatement l'emploi de l'eau très-chaude ; il la remplace par l'infusion de camomille à la glace, et l'eau de Vichy frappée de glace ; enfin, le malade tient presque continuellement des morceaux de glace dans sa bouche. Dans le but d'activer les fonctions intestinales, M. Sandras s'est bien trouvé également, à cette période, d'une potion avec l'acétate de soude, 15 ou 20 grammes d'acétate pour une potion de 250 grammes. Cette potion a un goût agréable, est facile à prendre, et lui a paru rétablir assez rapidement les sécrétions biliaires et intestinales. Dans cette période, comme dans la précédente, les sinapismes sur l'abdomen sont continués sans interruption ; et, lorsque quelques malades ne peuvent les supporter, ce qui arrive chez quelques individus irritables, M. Sandras les remplace par un large vésicatoire à l'épigastre.

Tel est le traitement employé par M. Sandras : on voit qu'il est de nature à être appliqué sans difficulté dans les campagnes. En effet, s'il n'est pas toujours facile de se procurer de la glace, rien de plus aisé que d'avoir à sa disposition de l'eau de puits, de source, de fontaine très-froide, qui aura exactement ou à peu près la même action que la glace. Toutefois, il est évident que dans les cas où on pourra se servir de glace, ou dans lesquels on aura à sa disposition de l'eau de Vichy, on fera bien de suivre le traitement dans toute sa rigueur.

Nous manquons de renseignements statistiques sur les résultats que notre honorable confrère a obtenus à l'hôpital Beaujon ; mais par le grand nombre de convalescents que nous avons vus dans ses salles, il nous est facile de juger que son traitement a été vraiment efficace. Peut-être la modification apportée par M. Sandras au traitement polonais, celle qui consiste à remplacer l'eau très-chaude par l'eau à la glace, au commencement de la période de réaction, peut-être cette modification a-t-elle moins d'importance que le pense notre honorable confrère. En effet, dans une lettre que nous avons reçue de notre honorable correspondant, M. Dambesse, nous voyons qu'il a obtenu de beaux succès par l'eau très-chaude donnée à l'intérieur, quels que fussent l'âge, le sexe et les circonstances physiologiques particulières de ses malades ; seulement, ce médecin ajoute à l'emploi de l'eau très-chaude à l'intérieur, le bain très-chaud, à 30 ou 40° Réaumur, c'est-à-dire à une température aussi élevée que les malades peuvent le supporter. Nous voyons, par le fait intéressant que M. Dambesse a joint à sa lettre, que le bain a joué un rôle très-utile dans ce cas particulier ; mais ce que nous pouvons dire à notre honorable confrère, c'est que l'expérience qui en a été faite à Paris est loin d'être favorable à son emploi ; sans compter qu'il n'est pas toujours très-facile, dans les campagnes, de trouver sous sa main tout ce qui est nécessaire pour préparer un bain. Dans les hôpitaux de Paris, on y a presque généralement renoncé, parce que l'on n'en a pas retiré un effet bien avantageux, et que, à défaut de cet avantage bien marqué, il y a un grand inconvénient à déplacer des malades déjà affaiblis par la maladie et par les déperditions de toute nature.

En résumé, l'emploi de l'eau très-chaude donnée en boisson, suivi ou non, lors de la période de réaction, de l'ingestion de boissons froides et à la glace, combiné avec l'application permanente de cataplasmes sinapisés ou de sinapismes sur le ventre, constitue un traitement des plus simples, susceptible d'être appliqué partout, dans la cabane du pauvre comme dans la maison du riche, et sur lequel nous pensons, avec M. Dambesse, que l'attention de nos confrères de la campagne se reposera avec quelque intérêt ; car elle leur offrira une ressource nouvelle dans des cir-

constances où leurs bonnes intentions sont trop souvent paralysées par l'absence de ressources thérapeutiques et pécuniaires.

Opération du phimosis par circoncision. — Nouveau procédé. — Il est peu d'opérations pour lesquelles on ait, en ces derniers temps, varié davantage les procédés que pour celle du phimosis. Ces différences, on doit le comprendre, ne peuvent porter que sur les détails ; la note suivante, lue à la Société de chirurgie par M. Chassaignac, vient de nouveau en témoigner.

« Les desiderata du chirurgien, dans cette opération, m'ont toujours paru être, a dit notre confrère, d'une part la section simultanée et bien nette de la peau et de la muqueuse du prépuce ; d'autre part, la réunion par première intention de la plaie préputiale. Je suis loin de méconnaître que notre honorable collègue, M. Ricord, en vulgarisant et en formulant avec exactitude les principes de la circoncision ; que M. Vidal, en répandant la suture pour réunir les lèvres de l'incision, n'aient mis cette petite opération en voie de perfectionnement ; mais c'est parce que, sous le rapport des deux indications principales ci-dessus mentionnées, je crois être arrivé à un procédé qui me paraît plus sûr et plus rapide, que j'entretiens la Société aujourd'hui de cette opération.

« Voici comment j'y procède : le premier temps consiste dans la tension ou la dilatation du dedans au dehors, et dans l'introduction de trois ou quatre grandes aiguilles portant chacune un fil.

« Pour la dilatation j'emploie une pince à anneaux ou toute autre espèce de dilatateur à deux branches, avec cette condition, que les deux branches introduites dans la cavité du prépuce s'écartent en formant un V.

« La tension, et par conséquent l'aplatissement du prépuce une fois produits, on implante les aiguilles dans la base du triangle cutané et muqueux formé par l'écartement des branches dilatantes. Les aiguilles ne sont passées qu'à moitié de leur longueur ; une fois placées, on les fait tenir par un aide, et on retire le dilatateur.

« Le premier temps accompli, on prend un fil fin et très-fort à la fois. On étrangle par une ligature circulaire (immédiatement au-devant des aiguilles et en appuyant sur elles comme sur une limite fixe) toute la partie du prépuce placée au-devant des aiguilles. Les ciseaux, portés perpendiculairement dans la rainure profonde formée par le fil, divisent d'un seul coup toute l'épaisseur de l'espèce de pédicule produit par la constriction circulaire.

« Après cela, on fait cheminer successivement les trois aiguilles, chacune entraînant son fil. On a, pour résultat d'ensemble, trois fils tra-

versant de part en part la cavité du prépuce. Au moyen d'une pince à dissection, on attire à soi la partie moyenne des anses renfermées dans le prépuce. On divise ces anses par le milieu, et l'on obtient deux fois autant de sutures qu'il y a eu de fils traversant le prépuce, ce qui permet d'affronter avec beaucoup d'exactitude la lèvre muqueuse et la lèvre cutanée de la plaie circulaire, ainsi que cela a été constaté sur le malade opéré à l'hopital Saint-Antoine.

« Ce procédé est donc caractérisé par deux points qui lui sont propres et qui ne sont indiqués dans aucun autre procédé, à savoir :

« 1° La dilatation du prépuce par l'intérieur de sa cavité, dilatation qui, ainsi faite, facilite l'implantation des aiguilles dans la muqueuse aussi sûrement que dans la peau.

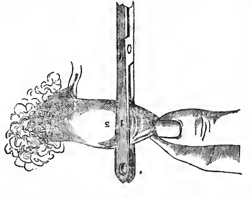
« 2° L'étranglement circulaire du prépuce immédiatement au contact des aiguilles.

« Quant aux autres avantages, la ligature circulaire, ayant pour effet de tasser et de raffermir les tissus, permet de les diviser d'un seul coup et avec une netteté parfaite ; en outre, la muqueuse ne pouvant échapper à cette ligature qui tombe forcément au ras des aiguilles, ne nécessite en aucun cas une section spéciale ; enfin, le mode de réunion est aussi complet que facile. On voit que, pour l'application du procédé, il n'est besoin d'aucun instrument particulier, et que ceux que le chirurgien porte habituellement dans sa trousse lui suffisent parfaitement pour atteindre le but. »

Ce procédé, bien qu'il n'ait pas encore été décrit, n'est pas nouveau ; il y a environ trois années, nous avons vu M. Vidal le mettre en pratique à l'hôpital des Vénériens. Seulement, ce chirurgien se servait, pour opérer la dilatation du prépuce, de deux tiges d'acier semblables à celles dont les femmes se servent pour tricoter ; une fois introduites, elles étaient croisées en forme d'X. Si réellement ce procédé avait la valeur que lui attribue M. Chassaignac, nous insisterions sur les avantages de ces tiges ; car leur peu de volume permet toujours de les introduire, quelle que soit l'étroitesse de l'ouverture préputiale, tandis qu'il ne saurait en être de même de la pince à pansement.

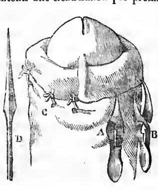
Opération du phimosis par circoncision. — Procédé de M. Vidal. — Nous partageons l'avis de M. Chassaignac ; aussi accordons-nous toujours la préférence aux procédés opératoires qui ne nécessitent pas d'instrument particulier. Celui auquel s'est arrêté M. Vidal, depuis qu'il a abandonné le mode opératoire que l'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine veut réhabiliter, nous paraît satisfaire aux besoins de la pratique. « Avec de l'encre, on trace sur le prépuce une

ligne circulaire indiquant le point où devra se faire la section. Des pinces à pansement, ou des pinces à pression continue, ainsi que le re-



présente la figure ci-jointe publiée par M. Phi*lips, saisissent toute la portion du prépuce en avant de cette ligne. En même temps que l'opérateur tire un peu sur le prépuce en avant, un aide saisit le fourreau de la verge et le tire légèrement en arrière, vers la base de l'organe. Alors, avec des aiguilles plates et fines munies chacune d'un fil ciré, on transperce le prépuce au niveau de la ligne tracée, en trois ou quatre points différents. On laisse les aiguilles en place, puis, à l'aide de forts ciseaux bien tranchants, on coupe, d'un seul coup, tout ce qui a été saisi au prépuce. » On tire alors les aiguilles, et l'on termine l'opération en pratiquant les points de suture, ainsi que M. Chassaignac le décrit dans sa note.

Nouvelles pinces érignes, destinées à remplacer les points de suture.—Quel que soit le procédé employé pour pratiquer l'opération du phimosis, on lui applique toujours l'importante modification apportée par M. Hawkins, celle de réunir la muqueuse avec l'enveloppe cutanée du prépuce, à l'aide de six ou huit points de suture. Ce nombre cependant, dans certains cas, n'est pas encore assez considérable pour obtenir une cicatrisation par première intention de toute l'étendue de la plaie préputiale. M. Vidal, afin de mieux affronter et maintenir en contact les lèvres de la plaie, a imaginé de faire fabriquer par M. Charrière de petites pinces à pression continue, que nous avons fait représenter dans la gravure ci-jointe ; la figure A montre la pince vue de face, et celle B le même instrument vu de trois quarts, afin de montrer la manière dont les mors maintiennent en contact la muqueuse et la



peau. Sur l'autre portion de la verge se trouvent figurés les points de suture, tels qu'on les pratique habituellement.

Quelques chirurgiens négligeaient cependant ces points de suture, à cause de la douleur assez vive qu'ils provoquent ; aujourd'hui, avec les bienfaits des agents anesthésiques, le *citò et jucunde* se trouvent rayés, mais le *tuto* reste et doit faire conserver l'emploi de la suture, pour faire jouir le malade des bénéfices de la réunion immédiate. Nous ferons remarquer d'ailleurs que toutes les fois qu'on aura la précaution de se servir d'aiguille en forme de lance, ainsi que le montre la fig. D, on évitera une grande partie de la douleur, car celle-ci est produite seulement parce qu'on emploie pour faire les sutures des aiguilles plates et effilées ; or, lorsque le chas de l'aiguille se présente chargé du fil pour traverser la plaie, comme l'instrument présente à cette extrémité un volume beaucoup plus considérable que l'ouverture faite par le corps de l'aiguille, l'opérateur est obligé d'u er de force pour traverser la plaie.

Les pinces érignes, auxquelles M. Vidal donne le nom de *serre-fines*, sont-elles destinées à remplacer la suture entrecoupée, ou seulement à pratiquer des points supplémentaires de suture dans les cas où les aiguilles auraient été irrégulièrement placées? c'est ce que l'avenir apprendra. Pour l'habile chirurgien de l'hôpital du Midi, ses *serres-fines* doivent suppléer entièrement la suture.

Depuis que nous avons écrit ces lignes, M. Vidal, dans une de ses intéressantes lettres chirurgicales qu'il publie dans l'Union médicale, vient nous fournir les renseignements qui nous manquaient ; nous ne saurions donc mieux faire que de reproduire la partie du travail de cet habile chirurgien dans laquelle il expose les avantages de ses nouvelles pinces pour pratiquer la suture de la plaie préputiale. Ainsi que nous devions le penser, M. Vidal a modifié le procédé décrit ci-dessus : il supprime la suture par l'aiguille, pour se servir exclusivement de ses *serres-fines*.

« Jusqu'à présent j'ai réuni la muqueuse à la peau immédiatement après la section du prépuce. Mais j'ai observé, après ces réunions instantanées, des ecchymoses du fourreau de la verge, des trombus de la base du prépuce, enfin des infiltrations, des collections sanguines qui entravaient la réunion immédiate. Ainsi j'ai pratiqué sous les yeux de mes collègues Danyau et Cullerier une opération de phimosis, avec application instantanée des *serre-fines;* eh bien ! sur le point où s'opéra la division d'une artériole, la réunion immédiate fut entravée, car, derrière les lèvres de la plaie s'opéra un épanchement de sang dont la sérosité vint filtrer entre ces lèvres, et, sur ce point, la réunion immédiate échoua, tandis qu'elle réussit sur les autres points de la plaie.

J'ai donc pris le parti de me soumettre, pour cette opération, à un précepte de Dupuytren, qui laissait passer un certain temps entre l'opération et le pansement. Je fais la section du prépuce au commencement de ma visite ; pendant celle-ci, la plaie est arrosée avec de l'eau fraîche, et, quand j'arrive auprès de mon opéré, la plaie est dégorgée, elle ne saigne presque plus, elle se trouve dans les circonstances les plus favorables à la réunion immédiate.

« Je sais qu'un professeur de Montpellier (la lettre est adressée à M. Bouisson), d'une école où la réunion immédiate a été si bien comprise, si bien professée, n'a nullement besoin d'être instruit, par moi surtout, sur les conditions du manuel qui assurent le succès de ce mode de pansement. Mais, pour l'espèce, permettez-moi de vous recommander seulement ces quelques détails : l'aide, ici, vous sera très-nécessaire ; pendant que vous tiendrez, de la main droite, une *serre-fine*, que vous ouvrirez en pressant sur l'anneau inférieur, il aura soin, avec deux petites pinces à disséquer et à dents de rat, de rapprocher très-exactement la muqueuse et la peau. La *serre-fine* sera présentée au point où les deux téguments seront le plus rapprochés, et, dès que vous cesserez la pression sur l'anneau inférieur, les dents saisiront les deux lèvres de la plaie, qui seront ainsi parfaitement affrontées. Si la moindre parcelle de tissu cellulaire reste interposée entre les deux téguments, ne vous attendez pas à une réunion complétement immédiate. Il est quelquefois difficile d'empêcher le tissu cellulaire lâche du prépuce de faire hernie entre les deux lèvres de la plaie. Il faut alors, avec un stylet appliqué parallèlement à la direction de la plaie, enfoncer ce tissu exubérant. Cette manœuvre seule rapproche quelquefois très-exactement les bords tégumentaires, que vous ferez bien de fixer tout de suite, en appliquant une *serre-fine* au-dessus du stylet, qui est alors immédiatement retiré.

« Le nombre des *serres-fines* à appliquer est assez considérable ; il en faut quelquefois jusqu'à seize. Si vous voulez avoir une idée de leur force, du degré de *dépression* qu'elles exercent sur un point très-limité des téguments qu'elles accrochent, de la douleur qu'elles peuvent produire, vous n'avez qu'à en appliquer une entre votre index et le pouce. En écartant légèrement ces deux doigts, vous formerez deux plis cutanés qui représenteront les lèvres de la plaie, et que vous réunirez par une *serre-fine;* en vous accrochant, elle produira la sensation du coup de griffe d'un chat ; mais l'épiderme ne sera pas traversé, et cette sensation, si elle est un peu douloureuse, s'affaiblira progressivement pour cesser bientôt. Ce moyen d'union peut être enlevé huit heu-

res après, et là où il a été appliqué avec les précautions que j'ai fait connaître, la réunion est complétement immédiate ; là, il n'y a aucune espèce de suintement, il y a une ligne aussi sèche que le tégument voisin. Ordinairement, l'élève interne enlève les serres-fines le soir, en totalité ou en partie. On peut cependant les laisser jusqu'à vingt-quatre heures, c'est-à-dire qu'on peut les appliquer à une visite et les enlever à la visite suivante. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que la réunion opérée par un séjour seul de huit heures est aussi parfaite que celle qu'on obtient par un séjour de vingt-quatre heures de ces petites pinces.

« La levée des *serres-fines* est on ne peut plus facile, quand on s'est familiarisé avec ces petits instruments. Il faut bien se rappeler qu'on les ouvre et qu'on les ferme par un mécanisme opposé aux pinces dont nous nous servons habituellement, puisqu'il faut presser pour les ouvrir. D'ailleurs, cette levée est faite en un clin d'œil, elle n'occasionne aucune douleur, et, bien entendu, aucun saignement, comme cela arrive à la levée des fils et des autres moyens d'union qui traversent les chairs, quand cette levée est faite de bonne heure. Le fait d'une réparation immédiate d'une plaie, sans l'intervention phlegmasique, est ici on ne peut plus évident ; ces plaies du prépuce, vous l'avez compris, se réparent comme certaines plaies sous-cutanées, par un phénomène d'organogénésie, ainsi que l'a très-bien fait remarquer votre collègue M. Estor, dans ses trop rares notes au livre de J. Bell. Vous appréciez maintenant mieux que jamais l'importance d'une réparation *si prompte*, et où on peut aller avec un très-petit point de départ. »

M. Vidal ajoute que la chirurgie plastique ne dédaignera pas ses *serres-fines ;* car on peut les modifier soit en donnant plus de force à leur ressort, soit en armant de deux ou trois dents chacune des branches, etc. ; mais nous croyons que dans le plus grand nombre des cas ce sera à titre d'accessoire qu'on pourra faire appel à leur emploi. Du reste, l'expérience clinique, qui prononce en dernier ressort, ne tardera pas à fixer la valeur du nouvel instrument, et nous tiendrons nos lecteurs au courant de ses résultats.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de Pathologie et de Clinique médicales, par Amb. Tardieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, premier vice-président de la Société anatomique de Paris. (Chez G. Baillière.)

Dans la pensée de l'auteur, ce livre a été écrit surtout en vue de

préparer les élèves à l'étude de la science : nous sommes convaincu que M. Tardieu atteindra le but principal qu'il s'est proposé, et nous nous fondons, pour lui prédire ce résultat, sur la méthode simple, claire et judicieuse qui a présidé à la rédaction du Manuel de pathologie et de clinique médicales. Mais là, selon nous, ne doit pas se borner la fortune de ce petit livre ; les qualités mêmes qui le rendent propre à initier les élèves à la connaissance de la science médicale en feront un livre fort utile, même pour un grand nombre de praticiens. Dans ce temps de dogmatisme partiel et de critique passionnée, ce qui manque surtout aux praticiens, ce sont les préceptes d'une science saine et judicieuse, qui existe certainement, que chacun finit par trouver au prix d'une longue et périlleuse expérience, mais que chacun aussi aimerait beaucoup mieux à rencontrer comme un phare lumineux, à l'entrée de sa carrière. C'est cette science que, par un travail de saine critique, M. Tardieu s'est efforcé de dégager de la gangue amassée autour d'elle par un dogmatisme impuissant, et qu'il a exposée dans son ouvrage substantiel. Le mérite capital que nous reconnaissons au Manuel de pathologie et de clinique médicales découle principalement de la méthode par laquelle l'auteur s'est laissé guider dans la classification des maladies : voici ce qu'il dit, à cet égard, pour justifier cette détermination : « Il n'y a plus, et il n'y aura plus, sans doute, en médecine, de système dogmatique ; mais il y a, et il y aura toujours des principes et une méthode scientifique propres, qui se manifesteront par l'étude, de jour en jour plus complète, des faits particuliers, et se résumeront, en dernier lieu, dans la classification de plus en plus naturelle des maladies. La nosologie doit donc remplacer les systèmes, et toute une question de doctrine est, dès à présent, contenue dans le mode de classification qu'adopte l'auteur de ce Traité de pathologie. » Nous n'admettons pas, quant à nous, des principes aussi absolus, et qui sont la négation implicite de la possibilité même de la science, conçue dans son sens général ; mais nous admettons, sans hésiter, que longtemps encore la pratique médicale sera subordonnée à une science partielle, et que la nosologie est la seule systématisation légitime d'une telle science, si nous pouvons ainsi dire. A ce point de vue, M. Tardieu a donc eu raison de faire de la nosologie plutôt que de la théorie, de classer plutôt que de dogmatiser.

Ces principes une fois posés, voyons à quelles conclusions pratiques l'auteur est arrivé : il admet dix grandes classes de maladies, qu'il range sous la rubrique suivante : 1° les fièvres ; 2° les maladies pestilentielles ; 3° les phlegmasies ; 4° les hémorrhagies ; 5° les flux ; 6° les hydropisies ; 7° les névroses ; 8° les maladies constitutionnelles ; 9° les

maladies organiques ; 10° les maladies accidentelles. Nous admettons complétement cette division, et nous ne croyons point que ceux qui ont tenté de la renverser, et de lui en substituer une autre plus en harmonie, comme ils le prétendent, avec les conquêtes de la science moderne, puissent justifier leur réforme aux yeux d'un esprit non prévenu. Notez bien que la pratique ramène constamment les médecins à l'adoption de cette classification : Comme ces classes reparaissent toujours dans la science à la suite des tentatives de réformations les plus radicales ; c'est que cette classification correspond à des faits parfaitement définis, nettement caractérisés, et qui se reproduisent toujours les mêmes, parce qu'ils sont l'expression de lois inhérentes à l'organisme humain.

Nous ne saurions suivre l'auteur dans la description succincte, et, en général, fort complète, qu'il fait de toutes les espèces morbides essentielles, c'est-à-dire, dans son langage, ayant une essence et des caractères propres ; cependant nous devons indiquer quelques chapitres que M. Tardieu nous semble avoir traités avec le plus de soin, et où brille le plus, s'il veut nous permettre de dire ainsi, son originalité de bon sens. Ces chapitres sont ceux où il s'agit de l'hypocondrie, de l'asthme et de la diathèse purulente. Pour ce qui est de la première de ces affections, l'auteur lui restitue le sens que les praticiens les plus considérables y ont toujours attaché, c'est-à-dire qu'il en fait une cachexie essentielle; qui a des caractères propres qu'un esprit attentif ne saurait méconnaître. Il en est de même de l'asthme : l'asthme est une névrose essentielle, qui a une existence aussi réelle que l'épilepsie et la chorée, et qu'on ne peut pas plus confondre avec l'emphysème, ou une affection organique du cœur, qu'on ne confondra ces deux dernières avec un kyste du cerveau ou une saillie osseuse intra-crânienne. Ce n'est peut-être point là le dernier mot de la science, mais on ne sait rien de plus que cela sur ces questions ; le reste est rêverie, illusion. Ce que dit l'auteur sur la diathèse purulente est très-bon également ; seulement nous regrettons qu'il ait limité son sujet comme il l'a fait. C'est sous ce titre général que vient aussi se placer la morve et le farcin. On sait que M. Tardieu a étudié d'une manière spéciale cette question ; aussi l'a-t-il traitée là avec une assez grande étendue.

Nous terminons ici cette courte notice, mais non sans rappeler ce que nous avons dit en commençant, savoir, que ce petit livre a plus de portée que l'auteur ne l'a supposé dans sa modestie, et qu'il peut être utilement consulté et par l'élève qui a tout à apprendre, et par le praticien qui ne doit rien oublier.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACIDE CYANHYDRIQUE (*De l'*), *comme astringent diffusible.* D'après M. le professeur Coze, l'acide cyanhydrique aurait une propriété astringente, méconnue jusqu'à présent, et qui devrait désormais faire considérer cet agent thérapeutique comme un énergique *astringent diffusible.* Voici sur quelle série d'observations et d'expériences M. Coze fonde cette nouvelle détermination de l'action thérapeutique de l'acide cyanhydrique. Cet agent produit des effets très-différents, suivant son mode d'application à l'économie. L'action, si rapidement mortelle et presque foudroyante, qui le caractérise, ne se manifeste que lorsque les vapeurs de l'acide pénètrent dans les voies respiratoires. Appliqué sur la peau, il est à peu près inoffensif; il en est de même lorsqu'on l'applique sur les muqueuses, sur l'œil, dans les narines ou même dans la bouche d'un animal, si l'on a toutefois la précaution d'empêcher que ses vapeurs ne parviennent jusqu'aux poumons. M. Coze s'est convaincu, en outre, par des expériences directes, que c'est plutôt sur la circulation que sur le système nerveux que se porte l'influence de cet acide. Il a remarqué qu'une fois arrivé dans le système circulatoire, l'acide cyanhydrique détermine une astriction qui offre un double caractère, selon le moment où on l'observe. La première impression consiste à pousser vivement le sang dans les capillaires artériels, et de là dans les capillaires qui forment les racines de l'arbre veineux. Ce phénomène d'astriction n'est pas borné aux capillaires; les gros vaisseaux et le cœur lui-même se resserrent, durcissent. Voici une expérience qui l'établit : Si l'on injecte de l'acide cyanhydrique médicinal à un animal par la carotide, par l'aorte ventrale, ou mieux encore par la trachée-artère, l'animal fait encore un certain nombre d'inspirations, et il se sécrète, au moment même de l'injection, une écume sanguinolente, qui s'échappe en abondance par la bouche et par les narines. A l'autopsie, on trouve les poumons excessivement distendus par ces mucosités; le cœur, fortement tendu, extrêmement durci, est dressé sur ses attaches ; les ventricules ont la forme d'un gland de chêne; les oreillettes, également distendues et durcies, sont séparées des ventricules par un sillon très-profond ; tout le système vasculaire, enfin, devient, dans ce cas, d'une dureté extraordinaire. Le même phénomène a lieu lorsque l'on applique l'acide au cœur d'un animal mort récemment. Cette astriction est même telle, que des cœurs ainsi préparés ont pu se conserver fort longtemps sans offrir les traces de la putréfaction.

Tel est l'ensemble des faits qui ont porté M. Coze à considérer l'acide cyanhydrique comme un puissant astringent. Toutefois, le savant professeur de Strasbourg n'a pas voulu s'en tenir à cette simple induction de ses expériences sur les animaux; il a soumis cet agent à l'expérience clinique dans les conditions les plus favorables pour en bien faire discerner l'action. Il a pu arrêter très-rapidement des hémorrhagies scorbutiques, par l'emploi de l'acide cyanhydrique et de l'eau distillée de laurier-cerise. Il a vu disparaître rapidement la faiblesse qui accompagne certaines anémies; il a combattu avec succès, par les mêmes moyens, des états hémorrhoïdaires exagérés, des embarras dans la circulation veineuse. Il a vu diminuer, sous son influence, les varices des membres inférieurs. Enfin, M. Coze pense que l'acide cyanhydrique, employé avec prudence, pourrait, plus rapidement encore que le seigle ergoté, provoquer les contractions utérines.

Bien que nous ne voyions dans les expériences de M. Coze qu'un aperçu dont il ne serait peut-être pas encore rigoureusement fondé à déduire l'action dynamique, ou médicatrice proprement dite, de l'agent en question, nous n'en avons pas moins pensé qu'il fût utile de les signaler à l'attention des praticiens placés dans les conditions convenables pour expérimenter. Nous n'avons pas besoin d'ajouter combien de pareilles expérimentations exigent de prudence et de réserve. (*Gaz. médic.*, août 1849.)

BOSSE SANGUINE (*Exemple de*) *sur la face antérieure de la jambe.*

Les bosses sanguines, si fréquentes dans la région épicrânienne, peuvent se présenter avec tous leurs caractères dans la partie antéro-interne de la jambe. Les mêmes conditions anatomiques y favorisent en effet le développement de ces tumeurs, puisque la peau est unie à la face interne du tibia par un tissu cellulaire très-dense qui ne lui permet pas de glisser sur l'os. Le fait suivant nous en présente un exemple.— Un malade entre à l'Hôtel-Dieu le 24 août, présentant une ecchymose qui occupait toute la partie interne de la jambe. A son centre, point qui avait été frappé par un corps rond, existait une tumeur fluctuante, se laissant facilement déprimer, de sorte que le doigt arrivait dans une cavité. Le pourtour de cette tumeur, grosse d'ailleurs comme un œuf de perdrix, était dur, formé par un bourrelet circulaire bien dessiné. La tumeur était placée sur la face interne du tibia. Des compresses imbibées de liqueurs résolutives ont été tentées inutilement et maintenues jusqu'au 31 août. La tumeur étant à cette époque devenue plus fluctuante, M. Jarjavay pratiqua une ponction à l'aide d'une lancette, et donna issue d'abord à un liquide sanguinolent ; puis, à l'aide de la pression des doigts, fit sortir du sang caillé noir, ayant l'aspect et la consistance d'une gelée de groseilles de mauvaise qualité. La cavité accidentelle une fois vidée, une petite bandelette fut appliquée sur la piqûre afin de s'opposer à l'entrée de l'air dans le foyer sanguin. Des compresses graduées, placées sur la tumeur et fixées par un bandage roulé, furent étendues sur toute la jambe. Malgré cette compression, l'épanchement se reproduisit, et le 3 septembre une nouvelle ponction dut être pratiquée et la compression renouvelée. Le 8 septembre, les saillies et la dépression ayant disparu, le malade qui, pendant toute la durée du traitement, avait mangé seulement les deux cinquièmes de la portion, demanda sa sortie. La guérison paraissant complète, son exéat fut signé.—Lorsque de grandes collections sanguines ont lieu sous l'influence de violences extérieures, nous concevons que la ponction sous-cutanée soit employée pour les vider, non pas seulement parce que l'absorption par les capillaires est rarement assez puissante pour reprendre une grande masse de liquides, mais encore à cause de la densité du tissu cellulaire qui unit la peau aux surfaces osseuses, et qui se condensant promptement, forme une espèce d'enveloppe qui enkyste l'épanchement; mais lorsque les bosses sanguines sont peu volumineuses, comme celle que présentait ce malade, la compression exercée soit avec les pouces, soit avec un corps dur et plat (une pièce de monnaie, par exemple, ainsi que l'emploient tous les jours les vieilles femmes pour écraser les bosses sanguines que se font les enfants en tombant sur le front), en chassant la collection sanguine dans les mailles du tissu cellulaire circonvoisin, aurait rendu à l'absorption toute sa puissance d'action, et celle-ci, secondée par les applications résolutives, aurait amené la guérison beaucoup plus promptement que la ponction. (*Gazette des Hôpitaux*, septembre 1849.)

CALCULS VÉSICAUX. *Traitement des douleurs produites à l'aide des extraits combinés d'opium et de belladone.* Il est, parmi les calculeux, des sujets qui, par pusillanimité ou d'autres motifs, se refusent obstinément à subir un traitement chirurgical, seul susceptible de produire une guérison radicale; d'autres fois, c'est le chirurgien lui-même qui, par diverses raisons, croit devoir temporiser et attendre une époque plus opportune pour pratiquer l'opération. Dans ces diverses circonstances, faut-il laisser ces malheureux malades en proie aux douleurs souvent intolérables qu'occasionne la présence du calcul dans le réservoir urinaire? En d'autres termes, la médecine n'offre-t-elle pas, à défaut de moyens curatifs, des ressources palliatives capables, sinon d'abolir entièrement, au moins de diminuer les souffrances des calculeux ? C'est là un sujet digne de la sollicitude des praticiens. Nous avons déjà fait connaître dans le temps (*Bulletin thérapeutique*, t. 29, p. 71) une émulsion opiacée, composée dans ce but par le docteur Tott, de Ribnitz. M. le docteur Pointe, de Lyon, vient de faire connaître les bons effets qu'il a obtenus, dans ce cas, de l'usage simultané des extraits d'opium et de belladone. Voici de quelle manière il procède à l'emploi de cette médication. Il prescrit

le mélange des extraits aqueux d'opium et de belladone, sous forme de pilules; il en fait composer à la fois une certaine masse de poids différents; les premières, de 5 centigrammes d'extrait d'opium et d'autant de celui de belladone; les secondes, d'un centigramme du premier de ces extraits seulement, et les troisièmes, du même poids du second, renfermées dans trois boîtes différentes de couleur et bien étiquetées, de manière à ce que le malade puisse facilement choisir et compter la quantité de pilules qu'il doit prendre, chaque fois qu'elles lui sont ordonnées, sans courir le risque de se tromper. Quant aux quantités relatives de chacun des extraits, c'est presque à parties égales; ordinairement, cependant, quelques centigrammes de plus d'opium que de belladone.

En général, lorsque ces extraits sont prescrits pour la première fois, on commence par des doses peu élevées, de 5 à 10 centigrammes, suivant le degré de susceptibilité des malades; cette quantité est élevée chaque jour, de manière à arriver le plus tôt possible à l'effet que l'on veut produire. — Les douleurs suspendues ne le sont ordinairement que pour un temps, la durée seulement de l'action sédative sur l'organisme (douze ou vingt-quatre heures); celle-ci cessée, les douleurs reparaissent, et il faut recommencer l'usage des pilules; mais alors on peut, sans inconvénient, donner de suite des doses assez élevées pour obtenir presque immédiatement un nouveau soulagement; on arrive ainsi à la fin de la crise, en procurant chaque jour une suspension des douleurs. — Si l'intensité des douleurs force d'administrer, pendant longtemps, et à de courts intervalles, des doses très-élevées d'opium et de belladone, un gramme, par exemple, toutes les vingt-quatre heures et même toutes les douze heures, il faut surveiller l'imminence du narcotisme qui peut devenir un obstacle à la continuation du remède à d'aussi hautes doses; dans ce cas, on ne doit pas en cesser complétement l'usage, seulement on ne le donne plus qu'à doses décroissantes; l'effet sédatif ne continue pas moins d'avoir lieu.—Quand l'intensité des douleurs oblige d'administrer des doses très-élevées, la belladone agit assez fortement sur le sphincter de la vessie pour produire un écoulement involontaire des urines, qui est accompagné ordinairement d'un soulagement très-prononcé.—Au fur et à mesure que le corps s'habitue à l'action des sédatifs, il faut en augmenter la quantité; mais, attendu que pendant l'intervalle des crises l'organisme perd, en partie, l'habitude des hautes doses, il est nécessaire, pour ne pas courir la chance d'accident, de recommencer l'usage de l'opium et de la belladone, au début d'une crise nouvelle, par une quantité moins grande que celle qui a été prise lorsque la dernière crise approchait de sa fin.—Telles sont les règles du traitement médical palliatif des calculs que M. Pointe a été conduit à formuler par l'expérience. Il est bien entendu que ces règles n'ont rien d'absolu et qu'elles pourront et devront être modifiées suivant les différences de tempérament, de constitution et diverses autres causes propres à chaque cas particulier que les praticiens sauront toujours apprécier. (*Union médicale*, août 1849.)

CARIE (*Bons effets du baume Opodeldoch dans le traitement de la*). On néglige peut-être un peu trop, de nos jours, les applications topiques, dans le traitement de la carie. Les anciens en faisaient un grand abus; mais n'est-il pas permis de croire que, à l'aide de ces moyens locaux, on hâterait le travail d'élimination, nécessaire à la guérison de cette maladie? Déjà, dans le tome 34 de ce journal, nous avons fait connaître les observations de M. le docteur Van den Broeck sur le traitement de la carie par les pansements et les injections d'opodeldoch. M. Hamer vient encore rapporter quatre observations à l'appui de ce traitement. Le baume Opodeldoch est mêlé avec de l'huile de lin, à différentes proportions, et selon le degré d'irritabilité du sujet. En commençant par un mélange peu irritant il ne se manifeste jamais dans la partie malade de symptômes inflammatoires qui obligent à abandonner le traitement. Dans l'emploi de ce topique il y a deux obligations principales à remplir: 1° appliquer le traitement; 2° établir la tolérance. Pour la première, il faut porter le baume en contact avec l'os malade, et en application permanente sur les tissus détériorés environnants. Après avoir rendu la carie accessible, par

des incisions convenablement pratiquées, ou bien après avoir dilaté la fistule au moyen de l'éponge préparée, on frictionne toutes les parties malades avec de l'opodeldoch, mêlé avec de l'huile dans les proportions convenables (ordinairement une partie d'opodeldoch pour neuf parties d'huile). A l'aide d'une petite seringue, on injecte le baume dans la solution de continuité; ou bien on y introduit une mèche de charpie, imbibée de cette liqueur. Des plumasseaux de charpie et de l'étoupe trempés dans l'opodeldoch sont appliqués immédiatement sur la partie malade. On achève le reste du pansement selon les règles de l'art. Celui-ci est renouvelé une ou deux fois dans la journée selon l'indication, en ayant soin de savonner légèrement les parties malades, afin d'en enlever le vernis résultant des frictions et des topiques de la veille. Quand au contraire le foyer primitif a un siége profond, le pus fuse en suivant ordinairement les interstices celluleux des organes; il vient, après un trajet plus ou moins long, soulever la peau et la perfore, après avoir déterminé dans toutes les parties qu'il traverse une inflammation proportionnée à ses qualités irritantes. Dans quelques cas, les trajets purulents sont multiples. Dans tous ces cas, il faut s'assurer par le stylet boutonné si le trajet de chaque orifice conduit directement à l'os, si cet orifice peut admettre la canule de la seringue et si l'injection pénètre facilement; dans le cas contraire, on agrandit les trajets fistuleux. Il convient alors de seringuer tantôt par un orifice, tantôt par un autre; et pour contraindre le médicament à parcourir toutes les sinuosités de la fistule, ainsi que les cavités ou clapiers, pendant qu'on injecte le baume par une ouverture, on bouche avec le doigt l'orifice de l'autre. La seconde indication est d'établir la tolérance. Pour cela, il faut consulter la sensibilité présumée du malade, jusqu'à ce qu'on ait trouvé la force qu'il convient de donner au mélange. En général les premières applications de ce baume amènent une inflammation plus ou moins vive avec douleur et gonflement. Il faut éviter de lui donner trop de vivacité, cesser parfois les injections pendant quelques jours, puis recommencer; mais en général, la partie malade s'y habitue facilement. M. Hamer a rapporté quatre observations à l'appui de ce traitement; dans la première nous voyons une carie de l'extrémité inférieure de l'humérus, avec écoulement d'un liquide purulent mêlé de synovie, indice de l'ouverture de l'articulation; il existait en outre au côté externe du coude un ulcère dont le fond était formé par des chairs fongueuses et livides qui fournissaient une suppuration sanieuse, abondante, d'une fétidité particulière. En huit jours, la médication par l'opodeldoch avait fait disparaître en grande partie le gonflement, la rougeur, la douleur et avait réduit la suppuration à presque rien; l'état général était satisfaisant et la fièvre continue avait disparu. Mêmes résultats dans un cas de carie de la deuxième phalange du gros orteil gauche. Dans les deux dernières observations, dont les malades qui en font le sujet étaient atteints de carie du tibia, et chez lesquels il existait un large ulcère fongueux, fournissant une suppuration abondante et fétide, par lequel on pouvait introduire un stylet jusque dans le centre de l'os, les premières applications d'opodeldoch eurent pour résultat de déterminer une inflammation assez vive; mais bientôt les malades purent la supporter, et, en augmentant graduellement la proportion du baume, on obtint la cicatrisation de l'ulcère. (*Arch. belges de méd. militaire*, et *Revue méd.-chir.*, août 1849.)

FLEXION FORCÉE (*Emploi de la*) *dans le traitement des blessures de l'arcade palmaire.* La nécessité rend souvent ingénieux et inspire, alors que les moyens ordinaires de l'art viennent à manquer ou à être momentanément inapplicables, de ces ressources simples et naturelles auxquelles on est tout étonné de n'avoir pas songé d'abord. Voici un fait qui le prouve :

Une femme fit une chute dans des escaliers, tenant une bouteille à la main; les fragments de la bouteille pénétrèrent jusqu'aux métacarpiens, dans les parties molles de la face palmaire. Appelé peu d'instants après l'accident, M. le docteur Durwell, de Guebwiller, reconnut immédiatement que l'arcade palmaire était coupée. La radiale et la cubitale, alternativement comprimées, l'hémorrhagie persistait. C'était le cas de pratiquer la double

igature des artères de l'avant-bras et peut-être même celle de la brachiale, ainsi que plusieurs chirurgiens se sont trouvés dans la nécessité de le faire; mais M. Durrwell était à la campagne, entouré d'aides fort peu intelligents; il lui fallait un moyen hémostatique provisoire et prompt. Se rappelant alors un fait d'anatomie chirurgicale presque vulgaire, savoir, que la flexion seule, sans compression extérieure, peut oblitérer momentanément les artères au pli du bras et au genou, il fit immédiatement fléchir l'avant-bras sur le bras à angle très-aigu; l'hémorrhagie fut instantanément arrêtée. Alors, lui vint l'idée de tenter de transformer ce moyen hémostatique provisoire en moyen curatif définitif. Par quelques tours de bande qui attiraient l'un vers l'autre le poignet et la partie supérieure du bras, il maintint le pli du coude dans une position de flexion forcée, telle que, sans causer trop de douleur, elle interceptât complétement les battements de l'artère radiale. La plaie de la main fut pansée comme une plaie ordinaire, seulement avec la précaution de placer une compresse graduée, modérément serrée, sur le trajet de chacune des deux artères de l'avant-bras. Les jours suivants, pansement simple de la plaie, sans rien changer à la position du bras. Le troisième jour, dans le seul but de satisfaire sa curiosité, M. Durrwell enleva d'abord les compresses graduées; point d'hémorrhagie. Il fit exécuter à l'avant-bras un mouvement d'extension très-lent; dès que l'extension fut arrivée à un certain degré, un jet de sang rouge vint imprégner la charpie et les linges de l'appareil de pansement. Il se hâta de rétablir les choses dans leur état primitif, qui fut maintenu jusqu'à ce que la cicatrisation de la plaie fût à peu près achevée. Peu de temps après il ne restait plus de cette blessure que les suites inévitables de la section de quelques branches nerveuses, et pendant tout le temps du traitement, il n'était point survenu de gonflement, et la malade avait à peine, et de temps en temps, accusé un peu de malaise. — Ne serait-il pas prudent, à l'avenir, d'essayer un moyen aussi simple et aussi inoffensif, toutes les fois du moins qu'il serait possible, avant de recourir à une opération aussi grave que la ligature des deux artères de l'avant-bras? C'est dans tous les cas une ressource précieuse à indiquer, au moins, comme moyen temporaire. (*Union médicale*, juillet 1849.)

HYDROCÈLE (*Injection gazeuse d'ammoniaque liquide, et de quelques autres procédés dans le traitement de l'*). Si le fait suivant n'avait trait seulement qu'à la cure de l'hydrocèle, nous hésiterions peut-être à le signaler, crainte de paraître vouloir grossir encore d'un nouveau moyen la liste, déjà si longue, des remèdes proposés contre cette affection; mais le moyen dont il s'agit pouvant être considéré comme le point de départ d'une médication nouvelle dont les applications seraient susceptibles d'être généralisées au traitement d'un grand nombre de maladies des cavités closes, nous avons pensé qu'il pourrait être utile d'exposer le résultat heureux de l'une des premières tentatives qui en ont été faites.

Ayant affaire à une hydrocèle volumineuse, consécutive à une orchite, et datant d'environ cinq mois, M. Bonnafond, à qui l'idée d'employer les injections gazeuses avait déjà été suggérée par les résultats qu'il en avait obtenus dans le traitement des affections de l'oreille, décida de recourir aux insufflations ammoniacales. Voici de quelle manière il y a procédé : l'appareil se compose 1° d'un récipient où il fit verser parties égales d'eau et d'ammoniaque (100 grammes de chaque); 2° d'une pompe aspirante et foulante qui s'adapte à vis à la partie supérieure du récipient et pareille à celle qui sert à l'application des ventouses; 3° d'un tube long de 50 centimètres se vissant par une extrémité à la pompe, et se terminant à l'autre par un bout en cuivre qui s'adapte hermétiquement à la canule d'un trocart; 4° d'un trocart ordinaire. La ponction faite et le liquide évacué, on adapta le bout du tube à la canule du trocart, et pendant que l'opérateur maintenait cette partie de l'appareil en place, un aide lançait avec la pompe les émanations gazeuses. Deux coups de piston suffirent pour rendre au scrotum le même volume qu'il avait avant l'opération. Le tube fut alors isolé et le doigt appliqué sur l'embouchure de la canule pour empêcher la sortie du gaz. Cette première injection fut laissée de 65 à 70 secondes, puis

ôtant le doigt, on laissa échapper le gaz dont la sortie fut facilitée au moyen de légères malaxations. Pendant cette opération le malade n'éprouva pas la plus légère douleur, ce qui encouragea M. Bonnafond à faire une seconde injection; celle-ci fut tout aussi peu douloureuse que la première.

L'opération terminée, le scrotum fut abandonné à lui-même, maintenu seulement comme avant à l'aide d'un suspensoir. Les trois premiers jours n'offrirent rien à noter, sinon l'absence complète de toute douleur, même au toucher. Pendant les quatre, cinq, six et septième jours, le scrotum présente une légère rougeur, avec un peu de tuméfaction et de chaleur. Le toucher faisait sentir la présence d'un peu de liquide à la partie antérieure et supérieure de la cavité vaginale; pas de douleur, à moins de presser le testicule qui était du volume d'un œuf ordinaire. Le douzième jour, plus de chaleur ni de rougeur. Le peu de liquide épanché finit par disparaître insensiblement, et trois mois après l'opération, le scrotum et le testicule avaient repris leur état normal. Le malade fut ainsi guéri, non-seulement de l'hydrocèle, mais même de l'orchite, qui en avait précédé et probablement occasionné le développement.

Nous signalerons, seulement en passant et sous la réserve exprimée au début de cet article, un autre procédé dans la cure de l'hydrocèle mis récemment en usage par M. le docteur Defer. Ce procédé consiste, après avoir fait la ponction comme dans les méthodes usuelles, à introduire, par la canule, un mandrin dont l'extrémité est chargée de nitrate d'argent fondu, et à cautériser légèrement toute la cavité séreuse en promenant sur elle le porte-caustique. D'après l'auteur, la douleur produite par cette manière d'opérer serait beaucoup moins vive et durerait moins longtemps que dans le procédé par injection. Mais ces avantages, bien qu'ils ne soient pas sans valeur, ne sont pas les seuls que fasse valoir M. Defer en faveur de cette méthode. Ce qui lui paraît devoir lui mériter la préférence sur les différentes méthodes d'injection, c'est qu'elle mettrait, d'une part, suivant lui, à l'abri des accidents auxquels celles-ci exposent, et, d'autre part, qu'elle garantirait sûrement contre toute chance de récidive. Les cinq guérisons que M. Defer dit avoir obtenues par ce moyen ne nous paraissent pas suffisantes pour en établir la supériorité. Il en sera, du reste, de la méthode de M. Defer, comme de celle de M. Bonnafond, en ce qui concerne son application spéciale à l'espèce ; ce sont des méthodes bonnes à enregistrer, comme pouvant être utilisées au besoin ; mais elles ne supplanteront pas dans l'estime des praticiens la méthode d'injection iodée, dont les titres et les preuves seront probablement longtemps encore à l'abri de toute concurrence de ce genre. (*Union médicale*, août 1849.

MORT APPARENTE (*Remarque sur les signes de la*) *chez les nouveau-nés*. Rien de plus pénible, après un accouchement laborieux, que de n'avoir à présenter à la mère, pour la dédommager et la consoler de ses longues et cruelles souffrances, qu'un enfant mort en apparence et qu'on n'a pu rappeler à la vie. On conçoit l'intérêt qui s'attache à la découverte des moyens de reconnaître la mort réelle chez les nouveau-nés ; aussi, dans notre répertoire du 30 mars dernier, signalions-nous un procédé nouveau de s'assurer de la persistance de la vie. (Voir t. 36, p. 477). Un rapport fait à l'Académie de médecine par M. Capuron nous engage à revenir sur ce travail, d'abord pour signaler une erreur involontaire que nous avons commise en rapportant à M. Plettinck l'indication de ce procédé ingénieux, tandis qu'il est dû à un accoucheur distingué, M. Van Hengel; ensuite pour exprimer notre regret de ce que le savant rapporteur n'ait point profité de l'occasion que lui fournissait le mémoire de M. Van Hengel de discuter la valeur des signes de la réalité de la mort chez les nouveau-nés. La longue expérience de M. Capuron lui permettait, plus qu'à tout autre, de discuter avec fruit cette question ; et malgré son grand âge, l'habile accoucheur se tient trop au courant de la science pour ne pas savoir l'incertitude qui règne encore sur ce sujet, surtout depuis la publication de l'ouvrage de M. Bouchut. Or, dans ce travail, auquel la consécration de l'Institut donne une haute valeur, l'auteur, en parlant de l'asphyxie des nouveau-nés, n'hésite pas à affirmer que *lorsque les batte-*

ments du cœur ont disparu, l'asphyxie est complète et la mort bien réelle. La conséquence forcée de cette conclusion de M. Bouchut, c'est qu'on doit regarder comme mort un enfant dont l'auscultation n'aurait pas révélé les contractions du cœur. Déjà l'on peut, avec Haller, regarder comme infidèle le signe de la mort fourni par la cessation des battements du cœur pendant deux minutes, au moins, chez les enfants qui viennent de naître. M. Brachet (de Lyon) vient à son tour élever la voix, du haut de sa longue expérience, contre la trop grande confiance qu'on pourrait attacher à ce signe trompeur. J'ai vu trop souvent, dit-il, la suspension complète des battements du cœur, pendant des quarts d'heure et des demi-heures, et leur retour après ce laps de temps, pour ne pas croire qu'en se basant sur un pareil signe on laissât mourir bon nombre de ces innocentes créatures. M. Brachet cite à cet égard le fait d'un enfant dont la tête resta longtemps engagée dans l'excavation du bassin et dont il pratiqua l'extraction avec le forceps. L'enfant paraissait sans vie; la résolution des membres était complète, le sang ne jaillit point par les artères ombilicales du cordon ; le cœur ne faisait sentir au doigt aucune pulsation, et l'oreille, appliquée à plusieurs reprises sur la région du cœur, pendant plusieurs minutes, ne put faire percevoir le moindre bruit de contraction. M. Brachet eut recours à l'insufflation pulmonaire avec une persévérance opiniâtre. Ce ne fut qu'après vingt minutes que de légères pulsations se firent sentir profondément au doigt et à l'oreille. Enfin sa persévérance fut couronnée du succès le plus flatteur; l'enfant fut rappelé à la vie. Telle est, le dit avec raison M. Brachet, la circonstance la plus fréquente de la mort apparente, et celle qui pourrait induire les médecins en une erreur déplorable s'ils attachaient trop de confiance au signe de M. Bouchut. Pour nous, ce qui contribue encore à en affaiblir la valeur, c'est que l'expérience nous a montré que chez les enfants qui naissent dans un état voisin de l'asphyxie, on ne saurait conclure de la présence des battements du cœur la certitude du retour à la vie, par le rétablissement de la respiration. A la naissance, l'appareil de la respiration et l'appareil circulatoire n'offrent pas cette dépendance étroite qu'ils présenteront plus tard; les battements du cœur peuvent continuer dix, quinze, vingt minutes même après l'expulsion du fœtus, sans que les moyens les mieux dirigés parviennent à rétablir la vie dans les conditions qui peuvent en assurer la prolongation. Autrement dit, il y a entre la vie intra-utérine et la vie extra-utérine une espèce de temps de passage pendant lequel les fonctions les plus importantes peuvent rester momentanément suspendues, sans que la vie de l'enfant soit nécessairement compromise; et en attendant que l'on possède des moyens certains de distinguer la mort apparente de la mort réelle, les médecins devront pratiquer avec persévérance, chez tous les enfants *mort-nés* en apparence, l'insufflation pulmonaire, en même temps qu'ils auront recours à quelques autres moyens simples, mais de nature à empêcher la chaleur et la vie de s'éteindre trop rapidement. (*Gaz. méd. de Lyon*, septembre 1849.)

VARIÉTÉS.

DU COURAGE MÉDICAL,

Discours lu à la Société de médecine de Strasbourg, par M. le professeur FORGET.

Le moment m'a paru propice, chers confrères, pour vous entretenir d'une vertu de laquelle dépend aujourd'hui la conservation de l'ordre social. Le courage, qui n'est que le généreux oubli de soi-même en face d'un péril à braver, d'un obstacle à surmonter, d'une grande entreprise à réaliser, le courage, en effet, est la seule ancre de salut au milieu des tempêtes dont l'homme est journellement le jouet et la victime.

On distingue, vous le savez, plusieurs espèces de courage : il y a le courage physique et le courage moral, le courage civil et le courage militaire, le courage des opinions, des actes, des positions, etc. Eh bien! tous ces genres de courage, le médecin peut en avoir besoin dans une circonstance donnée; car son existence est une lutte perpétuelle contre une foule d'obstacles de toute nature, ainsi qu'il est facile de le prouver, en jetant un rapide coup d'œil sur les aspects divers de la carrière médicale.

Dès le seuil du sanctuaire, le courage du néophyte est éprouvé à la vue de ces cadavres hideux, de ces débris humains pantelants et fétides, qui remplissent nos amphithéâtres d'anatomie; à l'aspect de ces infirmités, de ces mutilations dégoûtantes ou terribles qui peuplent les salles de nos hôpitaux. Combien de jeunes organisations ont reculé devant ces affreux préliminaires, combien d'autres ont eu besoin de la volonté la plus ferme, du courage le plus soutenu pour vaincre de si légitimes répugnances, pour fortifier leur âme contre la révolte des sens!

C'est peu d'assister comme spectateur à ces lugubres dégradations de l'organisme, l'instant arrive enfin où le disciple a conquis le droit de se poser lui-même en lutteur intrépide contre les fléaux qui de toutes parts viennent assiéger notre triste existence. Ecoutez ce que dit Celse des qualités qu'implique le titre de chirurgien : *Sit juvenis*, STRENUUS, AUDAX, *solers et* IMMISERICORS. De ces cinq qualités il en est trois qui dérivent du courage. De ces trois formes du courage, la dernière (immisericors) est la plus difficile et la plus rare peut-être, car elle exclut le plus humain des sentiments, la pitié; c'est elle qui ferme nos yeux, nos oreilles, et, momentanément, nos cœurs, aux contorsions et aux cris de la douleur, à l'aspect du sang qui ruisselle, aux expressions les plus pathétiques des tortures que nous infligeons nous-mêmes, dans le but de soulager et de guérir. Or, c'est ici le lieu de glorifier ces précieuses inventions modernes, dont l'effet est de soulager le patient d'abord, puis l'âme du chirurgien, du principal élément de cet appareil du martyre, la douleur, l'ennemi le plus redouté de notre pauvre nature... C'est la rareté du courage chirurgical qui, sans aucun doute, rend le nombre des bons chirurgiens si minime, comparativement à celui des bons médecins, qui pourtant sont assez rares.

Est-ce à dire que le médecin n'ait pas, lui aussi, son genre de courage? Suivez-le au sein des épidémies. Quelques-uns, la plupart même, peuvent hésiter et frémir à l'invasion de ces cruels fléaux qui déciment les populations, en dépit des efforts de l'art; mais cette impression est aussitôt comprimée par le sentiment du devoir, par le courage du point d'honneur, et l'on voit nos médecins fuir le terrain des épidémies, comme on voit nos soldats déserter les rangs au moment du combat. Que si d'illustres praticiens, tels que Galien et Sydenham, ont commis cet acte honteux de faiblesse, tous les autres, à l'imitation du divin Hippocrate accourant au secours d'Athènes, volent au-devant du danger, affrontant la mort avec une sérénité d'autant plus digne d'admiration, qu'elle n'a pas même pour soutien l'aiguillon de la gloire; car les dévouements du médecin sont presque toujours obscurs, et ne trouvent guère de rémunération que dans le témoignage de sa conscience.

S'il est vrai que l'amour du repos et du bien-être soient des instincts profondément empreints au cœur de l'homme, n'est ce pas encore du courage que cette abnégation de tous les jours et de tous les instants qui porte le praticien à s'arracher au sommeil de la fatigue, aux plus douces jouissances de la famille et de l'amitié, pour aller, à travers les ténèbres et les éléments conjurés, porter des secours au plus humble de ceux qui les réclament? Il accourt souvent, hélas! en faisant taire ses propres douleurs, sans la perspective d'aucune récompense, parfois même avec la prévision de l'ingratitude et de la calomnie en guise de salaire.

Ce courage est, en quelque sorte, inhérent à la profession, c'est le plus répandu; mais il en est un beaucoup plus rare, c'est celui qui porte le praticien à compromettre sciemment et presque certainement ses intérêts et sa renommée, soit en acceptant de traiter des maux désespérés, soit, plus sûrement encore, en essayant de conjurer la maladie ou la mort au moyen de procédés et de remèdes réprouvés par les préjugés du public et des médecins. Que chacun de nous, la main sur la conscience, veuille dire si sa principale préoccupation n'est pas de décliner l'accusation d'avoir

concouru par ses traitements à la mort de ses malades! Qui de nous, pour se soustraire à d'odieuses imputations, n'a plus ou moins sacrifié aux doctrines populaires, aux méthodes consacrées par l'ignorance ou l'erreur, aux remèdes sanctionnés par la routine ou par la mode?... La mode, cette reine du monde, qui subjugue le sage comme le simple, et le médecin comme la matrone; combien trouverez-vous d'esprits forts qui sachent lui résister? Que ne fait-on pas pour se disculper d'un malheur dont on n'est pas cause? Que de subtilités et de mensonges réfléchis, dictés par cette faiblesse, pour expliquer un échec, justifier une médication, pour sauver enfin ce que nous avons de plus cher, notre honneur professionnel!

Il est un autre genre de courage, qui n'est guère apprécié que par les jeunes médecins ou par ceux qui, doués d'une âme d'élite, conservent encore après une longue pratique cette fleur de sensibilité, ce vif sentiment de philanthropie, sur lesquels l'âge et l'habitude finissent par blaser beaucoup de praticiens : je veux parler de la résignation, du stoïcisme que réclament les désolantes obscurités de la science, les fréquentes déceptions de l'art, les catastrophes imprévues, le spectacle poignant d'un organisme fatalement ravagé, moissonné en dépit des conceptions les plus rationnelles; puis ces drames sans cesse reproduits de parents éplorés, d'amis consternés, redemandant un père, un époux, un enfant, dont le trépas engendre la ruine et la misère, la désolation et le désespoir. . Quel homme bien né n'a mille fois maudit une profession qui l'expose à tant de brisements de cœur, et n'a sincèrement envié le sort du plus infime artisan! Et combien ont fléchi sous ces navrantes impressions, aimant mieux demander à d'autres industries une existence moins relevée, mais affranchie de ces martyres de l'âme.

Est-ce tout? Hélas! non. Cette pratique si rebutante, mais qui, en définitive, nous donne le pain quotidien, il faut la disputer à une nuée de pirates. Redoublez donc d'énergie, vous, modestes praticiens de la campagne et même de la ville, pour lutter contre la concurrence du presbytère et du château, du rebouteur, du médecin des urines, de la somnambule et du sorcier! Je ne parle pas de la sage femme, de l'herboriste et du pharmacien; il y a là du moins quelque apparence de rudiment scientifique. Et qu'on n'imagine pas que cette ignoble crédulité qui frustre le médecin, fraude la loi et fait outrage au bon sens le plus grossier, soit le partage exclusif des dernières classes. La haute société le dispute à la population la plus infime, et des magistrats, des savants, des médecins même, *infandum!* ne craignent pas de patronner ostensiblement ces déplorables abus, ces stupides jongleries!

Lorsque le praticien harassé de fatigue et brisé par tant de pénibles émotions est revenu s'asseoir au foyer domestique, le besoin du repos et des joies de la famille lui permet à peine de songer à se recueillir sur ce qu'il a fait, sur ce qui lui reste à faire, et de s'enquérir des nouvelles et des lumières que lui apportent ses journaux et ses livres de médecine. Que de louanges à décerner à celui qui, dans cette occurrence, trouve en lui le courage, non-seulement de suivre les évolutions de la science, mais encore de cultiver quelque branche accessoire, de travailler à se rendre érudit, de rédiger et de publier le produit de ses laborieuses et savantes élucubrations! Parmi les honorables confrères qui m'écoutent, il en est plusieurs qui ont ceint leur front de cette auréole scientifique, auréole d'autant plus pure que quelques-uns ont la modestie de la tenir dans l'ombre; dédaigneux de la gloire, ils cultivent la science et l'art par pur amour de l'art et de la science; philosophes pratiques, ils se disent avec le grand roi des livres saints : *Aquæ furtivæ dulciores sunt, et panis absconditus suavior.* (*Proverbes.*)

Et pourtant, ils sont aussi dignes d'éloges ceux qui, cédant à l'obsession du Dieu qui les inspire, veulent répandre au dehors les intimes révélations puisées aux sources de l'observation sévère et des sérieuses méditations. Eux aussi, s'ils habitent la province, ont besoin d'un certain courage pour lutter contre les difficultés de la position. Ce n'est pas tout de faire un livre, il faut trouver un éditeur, à moins de joindre à la dépense de son temps et de son labeur, un sacrifice d'argent trop souvent impossible. Mais on ne trouve d'éditeurs qu'à Paris, et l'éditeur parisien dédaigne souverainement l'auteur de province, en cela de connivence avec le lecteur qui, lors même qu'il maudit la centralisation, n'estime que les livres et les auteurs de

Paris. Il en résulte que l'écrivain provincial est forcé de se gaspiller en articles de journaux; heureux si les journaux parisiens daignent l'accueillir; autrement il ira s'éteindre obscurément dans une feuille de province (d'où parfois la critique parisienne viendra l'exhumer pour l'immoler à ses cruelles fantaisies), et, génie méconnu, croyant semer la gloire, il ne recueillera que d'amères et mesquines tribulations.

Chacun sait combien est rare le courage scientifique parmi les auteurs; nous appelons ainsi cette sublime vertu qui nous détache de nous-mêmes au point de nous permettre d'envisager sans partialité tout ce qui ressortit au sujet de nos études; qui nous oblige à rendre exactement à chacun ce qui lui est dû; qui nous porte à produire avec scrupule les idées et les faits qui contrarient les nôtres; bref, qui nous induit sans effort au plus grand des sacrifices, celui de notre vanité. Ce courage peut consister aussi à se constituer loyalement en opposition avec les autorités et les doctrines du jour. Ici se révèle encore la tyrannie de la mode; braver celle-ci, c'est se compromettre de la pire façon, c'est se vouer au ridicule. Imaginez ce qui adviendrait à celui qui viendrait aujourd'hui faire l'apologie du solidisme contre l'humorisme, ou plaider en faveur de la gastrite qui a disparu du cadre nosologique par la seule raison qu'elle y a naguère occupé trop de place. Songez à l'accueil qui serait fait à celui qui oserait faire le procès au microscope et à la chimie? Lorsqu'en 1840 je publiai mon traité de l'Entérite folliculeuse, un de mes collègues et amis de la Faculté de Paris me dit naïvement : « Ce livre n'est pas de notre temps; il arrive quinze ans trop tard; il aurait cent fois raison que tout le monde lui donnerait tort. » Et en effet, pas un critique aujourd'hui n'aurait le courage de braver l'isolement et de se ranger du parti de Galilée, qui seul osait faire tourner la terre en face de l'inquisition. A plus forte raison trouveriez-vous à peine à Paris un censeur ayant le courage de s'inscrire contre les excentricités de ces puissances du jour qui trônent aux Académies des sciences et de médecine, à la Faculté, dans les hôpitaux de la capitale, occupant toutes les avenues de la science, disposant de toutes les faveurs, s'imposant à toutes les ambitions. C'est qu'il n'est si mince journaliste qui n'aspire aux places des Académies, de la Faculté, des hôpitaux, ou au moins à une bribe de ces prix Montyon qui tombent chaque année des mains de la Commission de médecine de l'Institut de France. Le moyen, après cela, d'aller dire que tel académicien ou professeur a jeté dans la science telle idée fausse ou hasardée, dangereuse ou ridicule! La même idée qui, partie d'un auteur obscur ou même d'une notabilité de province, ne soulèverait que des quolibets ou des dédains, des sarcasmes ou des critiques amères, cette idée sera choyée, prônée, exaltée par la presse de Paris, qui en dissimulera les vices avec autant de piété que les fils de Noé la nudité de leur père, pour peu que cette idée procède de quelque illustration du cénacle parisien.

S'il arrive que le médecin soit revêtu de quelques fonctions publiques, telles que celles de professeur, d'académicien, de membre de l'administration des hôpitaux, du Conseil de l'instruction publique, etc., son impartialité, son intégrité, son courage en un mot, se trouvera mis à de fréquentes et rudes épreuves. Que de force d'âme et de scrupuleuse indépendance ne lui faut-il pas pour n'user jamais de son pouvoir et de son influence que dans les limites de la plus sévère justice! Doyens des Facultés, professeurs, juges des examens et des concours, vous tous dispensateurs des places, des titres et des bonneurs médicaux, qui de vous peut se flatter de n'avoir jamais, plus ou moins sciemment, obéi à l'esprit de népotisme ou de favoritisme, aux perfides suggestions de vos intérêts personnels, aux sollicitations des hommes puissants dont parfois vous dépendez vous-mêmes, et à mille autres mobiles plus ou moins prévaricateurs dont il est si facile de déguiser l'intervention ou de se dissimuler l'influence à soi-même, tant, parfois, la conscience est de bonne composition!

(La fin au prochain numéro.)

Dès à présent, on peut avoir les espérances les plus grandes et les mieux fondées relativement à la terminaison prochaine de l'épidémie. Depuis la seconde semaine de septembre, le choléra n'a cessé de suivre une marche

décroissante, à quelques variations près, et la mortalité à domicile a obéi à la même tendance, presque sans interruption. Ainsi, le 23 septembre, il n'y a eu que 4 nouveaux cas de choléra dans les hôpitaux, et le même jour, il n'est mort, du choléra, en ville, que 4 malades. Les journées du 24 et du 25 septembre ont bien été marquées par une légère augmentation, mais il est plus que probable que l'épidémie ne nous quittera pas ainsi d'une manière définitive et sans avoir passé par des variations nombreuses. C'est là un fait des plus communs dans l'histoire de toutes les épidémies.

Le nombre des décès cholériques constaté à Paris, tant à domicile que dans les hôpitaux civils et militaires, est maintenant de près de 20,000 (19,703 environ). L'épidémie de 1849 laissera donc des traces plus cruelles et plus profondes que celle de 1832.

Dans les départements, les nouvelles du choléra sont moins rassurantes qu'à Paris. L'épidémie s'étend tellement qu'il sera bientôt très-difficile de trouver un point du territoire français qui ne soit ou n'ait été atteint par ce fléau. Cependant, le midi de la France, la Gironde, la Charente, le Var, les Bouches-du-Rhône, paraissent plus vivement atteints en ce moment; Marseille, surtout, dont les conditions hygiéniques défavorables fournissent un aliment si naturel à l'épidémie. Il y est mort déjà plus de 1,000 personnes, et la population a en grande partie déserté la ville. Quelques départements du Centre et du Nord, le Cher, l'Aisne, le Nord, etc., continuent à être ravagés par le choléra. A Strasbourg, dans les départements de l'Est, le choléra, un moment redoutable, paraît avoir ralenti ses progrès.

Ce que nous disions de nos départements, nous pouvons le dire du reste de l'Europe et même de l'Afrique, car on annonce que le choléra vient d'éclater à l'hôpital militaire d'Alger. En Angleterre, il y a, depuis quelques jours, une heureuse modification, mais le nombre des décès s'élève déjà à près de 13,000. En Belgique, en Prusse, en Autriche, le choléra règne encore, quoique avec moins d'intensité que dans ces derniers temps. En Italie, il sévit avec intensité dans le royaume Lombardo-Vénitien; enfin, la Suisse même n'en est pas exempte. Le choléra a paru à Bâle et dans le canton du Tessin.

En Amérique, le choléra paraît abandonner les ports de mer pour se lancer dans l'intérieur des terres; on cite de grands ravages parmi les villes intérieures et parmi les populations sauvages de l'Amérique du Nord.

Nous avons dit à nos lecteurs que notre honorable confrère, M. Alquié, inspecteur général et membre du Conseil supérieur de santé de l'armée, avait été envoyé à Rome pour inspecter l'état sanitaire de l'armée d'occupation. Il paraît que ce médecin a trouvé l'état sanitaire peu satisfaisant. Plusieurs milliers de soldats seraient atteints de dyssenterie et de fièvres intermittentes. Aussi, sur la proposition de M. Alquié, les nominations suivantes ont été faites dans l'armée d'occupation. M. Faure, médecin en chef des Invalides, passe aux fonctions de médecin en chef; M. Lacauchie, chirurgien en chef du Roule, à celles de chirurgien en chef; M. Rollin, pharmacien en chef à l'hôpital militaire de Versailles, à celles de pharmacien en chef de l'armée. Sont également appelés à l'armée d'occupation MM. Jacquot, médecin de l'hôpital militaire du Roule, et Gilet, pharmacien aide-major au Gros-Caillou, ainsi que MM. Rozan et David, sous-aides au Roule.

Notre honorable confrère, M. Clot-Bey, dont nous avons annoncé le retour en Europe, a publié des renseignements curieux sur l'école de médecine qu'il a contribué à fonder en Egypte sous l'administration éclairée de Mehemet-Ali. Il résulte de ces renseignements, que dans une période de vingt-deux ans, 522 élèves ont complété leurs études dans cette école, et qu'il y en a encore 317 employés dans l'armée et dans la marine, dans

les écoles et dans les arsenaux, dans les fabriques et les chantiers, dans les dix quartiers de la ville du Caire et dans les environs. L'école d'accouchement, fondée sous sa direction, il y a douze ans, n'a pas moins rendu de services dans un pays où la religion et les mœurs permettent difficilement de recourir aux soins d'un médecin. Plusieurs de ces élèves qui ont achevé leurs études exercent avec succès; d'autres sont attachés aux services sanitaires du Caire, de Damiette, d'Alexandrie, etc. Depuis que la vaccination est confiée au Caire à des femmes musulmanes, le préjugé contre ce préservatif de la petite-vérole a disparu, et le nombre des vacciuations qui se font annuellement est, terme moyen, de 7 à 8 mille.

On assure que l'administration des hôpitaux a l'intention d'établir deux nouvelles maisons de santé semblables à la maison Dubois, située au faubourg Saint-Denis. L'une de ces maisons serait placée dans le faubourg Saint-Germain, et l'autre Chaussée d'Antin, vers le milieu de la rue Blanche. Ce projet doit être soumis à l'approbation du Conseil général de la Seine, lors de la prochaine réunion.

Notre honorable confrère M. Levilain, médecin de l'hospice des aliénés de Cadillac, a failli être victime de la dangereuse démence d'un de ses plus difficiles clients. Un coup de poignard qui lui a été porté ne lui a fait heureusement qu'une blessure sans importance.

Les membres de l'intendance sanitaire de Marseille ont donné leur démission en masse. Cette résolution a été, dit-on, motivée par le décret du 10 août dernier, qui modifie le régime des quarantaines pour les provenances du Levant. Si cette nouvelle se confirme, ce ne sera pas l'un des effets les moins curieux et les moins utiles des réformes quarantenaires adoptées depuis le célèbre rapport de l'Académie de médecine.

Une précaution sanitaire importante vient d'être prise par l'administration : un médecin est chargé, en ce moment, de visiter toutes les lignes de chemins de fer pour assurer de prompts secours en cas d'accidents. Des boîtes de secours pour quatre-vingts blessés sont déposées à toutes les stations principales.

Plusieurs promotions viennent d'avoir lieu dans la Légion-d'Honneur, parmi nos confrères. MM. H. Gaultier de Claubry, membre de l'Académie de médecine, et Dupuis (Alexandre), ancien chirurgien-major, ont été nommés officiers. MM. les docteurs Deschamps et Rapatel ont été nommés chevaliers du même ordre, ainsi que M. le docteur Rétif, médecin de l'hospice de Sens depuis trente ans.

Il vient d'être décidé que les noms des médecins et des élèves qui ont succombé en donnant leurs soins aux cholériques seraient inscrits sur une table de marbre, qui sera placée dans le musée Dupuytren.

On nous écrit que la ville de Paimbœuf vient de perdre un de ses habitants les plus honorables, M. le docteur Colomb. Le Conseil municipal, se faisant l'interprète de tous, a voté à l'unanimité qu'un monument funèbre serait élevé sur sa tombe, aux frais de la ville, afin de témoigner du zèle et du dévouement qu'il a déployé dans la cruelle épidémie qui vient de décimer cette malheureuse cité.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'ASSISTANCE MÉDICALE ET PUBLIQUE DANS LES CAMPAGNES.

« Le bruit ne fait pas de bien, le bien ne fait pas de bruit. »
(Le philosophe SAINT-MARTIN.)

S'il est une question d'humanité importante, utile, urgente même sous une infinité de rapports, c'est assurément celle des habitants de la campagne, pauvres, souffrants, qui ne gagnent leur pain de chaque jour qu'au prix d'un travail forcé de chaque jour. Depuis un certain nombre d'années, on ne s'est occupé, on n'a parlé que d'industrie et d'industriels, de fabriques et de fabricants, d'ateliers et d'ouvriers ; mais les habitants des campagnes, à très-peu de chose près, ont été négligés, abandonnés ; cependant, leur nombre est immense, et on peut l'évaluer à près de vingt millions. On n'a pas assez remarqué que ces habitants forment les premières, les plus solides bases de l'Etat, qu'ils en sont comme les racines et les soutiens, la force et la sève ; qu'ils le nourrissent et le défendent. A la fin, cependant, on commence à entrevoir ces vérités, qui, pénétrant de plus en plus dans les esprits éclairés, prévoyants, doivent ouvrir tôt ou tard un large champ à des plans d'améliorations et de perfectionnements qui, loin d'être des utopies, sont, au contraire, très-réalisables et d'une incontestable nécessité. Il n'entre nullement dans mon intention de traiter dans toute sa latitude ce grand sujet, d'ailleurs l'objet des études de plusieurs économistes, mais d'ajouter quelques considérations qui peuvent être utiles, au point de vue médical, sur les malades pauvres dans les campagnes. J'ai vu, et j'ai vu de près, de très-près ces misères ; elles sont extrêmes ; il est grand temps d'y apporter des soulagements, sinon d'y remédier complétement.

On ne peut pas dire que dans les grandes villes les classes ouvrières soient heureuses, loin de là ; il y a même beaucoup à faire pour rendre leur condition meilleure et tolérable. C'est là sans doute ce qui, malheureusement, les rend si faciles à séduire par des doctrines dangereuses, à être dupes d'un mirage qui les conduit d'un tout autre côté que celui de la terre promise. Cependant, s'il reste encore beaucoup à faire pour cette classe digne d'intérêt, on ne saurait nier non plus qu'on a beaucoup fait ; tandis que l'ouvrier, le manœuvre, le journalier dans les campagnes, n'a aucune ressource en dehors de ses bras, de ses efforts individuels ; malheur à lui s'il tombe malade, s'il est atteint d'une blessure grave, s'il est accablé par l'âge ; sa misère et celle de sa famille est à l'instant triplée, décuplée. Si, à force de tra-

vail, de fatigues et de sueurs, il ne peut gagner sa chétive pitance, la faim est un bourreau auquel il n'échappera pas ainsi que les siens.

Voyons, d'une manière rapide, ce qui a été fait dans les villes, et notamment à Paris, en faveur de la classe ouvrière et des malheureux. On trouve d'abord les *hôpitaux* pour les malades, les *hospices* très-multipliés pour les vieillards des deux sexes, un *hôpital* pour les enfants malades, l'*hôpital* de la Maternité; puis viennent les *Bureaux de bienfaisance*, les *Dispensaires*, la *Société maternelle* pour fournir des layettes aux mères indigentes, les *Crèches*, les *Salles d'asile;* et, dans un autre ordre, les *Caisses* d'épargne, les *Associations mutuelles* de secours; sans compter les *distributions* de secours et d'argent qui se font dans certaines solennités publiques, les *cotisations*, les *aumônes* particulières, l'*abaissement* du prix du pain dans les années calamiteuses et les hivers rigoureux; enfin les *cités ouvrières*, qui offriront au peuple des logements salubres et à un prix inférieur. Voilà des adoucissements, des moyens d'allégeance qu'on ne saurait contester. Si toutes les villes ne les possèdent pas dans leur ensemble, au moins en ont-elles une grande partie. Maintenant, allez dans les campagnes, visitez la chaumière du pauvre, asseyez-vous à son triste foyer, informez-vous avec soin de l'état des choses, et vous ne trouverez rien, absolument rien de semblable à l'exposé précédent. Le cultivateur un peu aisé vit assez mal; sa petite propriété, qui lui donne tant de mal à exploiter, ne lui rapporte pas grand'chose; heureux encore quand l'usure n'en ronge pas le mince produit. Quant au journalier ou manœuvre, en général, voilà sa vie : dans certaines circonstances il travaille ordinairement depuis quatre heures du matin jusqu'à onze, depuis une heure jusqu'à sept; onze à douze heures de travail, exposé à l'ardeur du soleil, à un froid plus ou moins rigoureux, à la pluie, à toutes les intempéries des saisons. Dans l'hiver, il est livré à des travaux intérieurs non moins pénibles; souvent il bat en grange, le plus fatigant, le plus rude labeur qu'il soit donné à l'espèce humaine de supporter. L'ouvrier des villes gagne ordinairement de trois à huit francs par jour; l'ouvrier des campagnes un franc, un fr. cinquante cent.; encore sa seule crainte est-elle de manquer d'un travail aussi pénible; et il a grandement raison, car dans le *chômage* forcé, il manque tout à fait de ressources et de subsistances. En vérité, comme l'a dit un illustre écrivain : « Il y a des hommes à qui la vie a été jetée au cou comme une chaîne. »

Du reste, point de Caisse d'épargne à sa portée, point d'Association mutuelle qui vienne au secours du pauvre journalier campagnard. S'il est malade, infirme, vieux, impotent, accablé par la misère, aucun hospice ne s'ouvre pour le recevoir, pour l'abriter; car les malheu-

reux des villes ont tout envahi. La charité du curé, assez pauvre lui-même, celle du médecin, ordinairement peu aisé, celle de quelques personnes pieuses et bienfaisantes, voilà les seuls secours sur lesquels il puisse compter. Ainsi, hors de son travail pas la plus petite ressource ne lui est assurée. J'ai vu dans mon village, il y a quelques années, un ouvrier qui eut le fémur brisé en éclats par un coup de pied de cheval. On eut beaucoup de peine à le faire recevoir dans un hôpital des environs, il fallut pour cela une subvention pécuniaire de la part du fermier chez lequel l'accident était arrivé. Depuis cette époque, affaibli par la fièvre, la suppuration, le mauvais régime, outre une claudication très-prononcée, ce malheureux se trouve hors d'état de supporter la moindre fatigue. Le fermier est mort, et son successeur, compatissant, fait un léger avantage au pauvre infirme, c'est-à-dire que, n'ayant plus droit au travail, il a *droit à la soupe* une fois par jour dans la ferme.

La vie, la demeure, la manière d'être des hommes de peine dans les campagnes se présentent donc sous le plus triste aspect. Certes, si un individu quelconque se trouvait subitement transporté dans un pareil milieu, jamais il ne se croirait en pleine civilisation. Qu'on se figure d'affreuses habitations où le pauvre villageois naît, languit et meurt sans air et sans soleil ; rien de plus triste comme de plus insalubre : un rez-de-chaussée toujours froid, toujours humide, ordinairement ni planchéié, ni carrelé, et dont le sol plus ou moins battu fait la base ; des murs lézardés, ruinés, que le temps a revêtus d'une lèpre immonde ; çà et là quelques meubles vieillis, brisés, informes, une souquenille pendue à un clou, de vieux sabots remplis de paille souillée de fange, un grabat qui n'est jamais renouvelé, exhalant une odeur qu'il est difficile de caractériser ; des ébauches de fenêtres où sèchent quelques haillons : au dehors, une masse de fumier touchant au seuil de la porte, des mares fangeuses, des ruisseaux fétides qui serpentent le long des murs, des flaques d'eau croupissante ; de toutes parts des émanations putrides produites par la décomposition des matières végétales et animales. Tel est l'affligeant tableau qui frappe les regards de l'observateur : il y a quelques exceptions, mais elles sont rares. La nourriture correspond parfaitement à de pareilles habitations. On peut affirmer, en général, que cette alimentation est de mauvaise nature. Il y a plus, c'est qu'elle change même très-peu chez les habitants de la campagne devenant un peu aisés, tantôt par habitude, tantôt par une économie excessive, déplacée, dans le but d'acheter un lot de terrain, d'arrondir plus ou moins sa petite propriété! Les aliments pèchent presque toujours par la qualité plutôt que par la quantité : du pain gros-

sier, mal fermenté, mal cuit, du lait souvent aigre, du lard rance, des fruits et des légumes de qualité inférieure, voilà la nourriture la plus ordinaire; de la viande presque jamais, c'est toujours une exception, un extraordinaire. Pour boisson, du cidre, du poiré, très-dangereuse liqueur, de la bière mal faite, de la piquette, de petits vins aigres, peu fermentés! Ce qui est pis encore c'est de l'eau-de-vie de mauvaise qualité prise à profusion. L'ivrognerie, il faut l'avouer, ce vice odieux, père d'une foule de désordres, de crimes, et qui conduit si souvent à l'hôpital, à la prison et au bagne, est très-répandue dans les campagnes. Il en résulte que la misère, cette impitoyable furie de notre monde social, s'y répand de plus en plus. Aussi un vieux paysan sensé et madré me disait-il, après les sanglantes journées de juin 1848 : des barricades, monsieur, il n'y en a qu'une bonne à faire, c'est la barricade du cabaret.

Quant aux soins de propreté, même les plus ordinaires, l'homme de la campagne, à l'exception de quelques jours fériés, les néglige tout à fait, les regardant même comme superflus; de là des suppressions de transpiration, des rhumatismes, et une foule d'autres maladies. Dans les villes, on voit encore des ouvriers prendre des bains tièdes ou au moins des bains de rivière lors des grandes chaleurs de l'été. Jamais un habitant des campagnes ne songe à une pareille précaution hygiénique, qui selon lui ne convient qu'à des citadins. Un malheureux journalier que je soignais m'avoua qu'il ne savait pas ce que c'était; jamais, disait-il, *je ne me suis baigné que dans ma sueur*. Les vêtements ne sont guère mieux appropriés pour la santé, les coutumes d'autrefois font entièrement la loi. A l'exception de quelques cultivateurs un peu cossus, comme on dit, et non trop éloignés des villes, tout le reste s'habille tant bien que mal, mais le pauvre reste couvert de loques, d'habits mille fois rapetassés qu'il traîne, tantôt par nécessité, tantôt par habitude, et, il faut le dire, quelquefois pour exciter la compassion.

Les enfants sont, en général, très-mal soignés, soit parce que le temps manque, soit plutôt à cause d'indestructibles routines. Les citadins allant faire quelques parties de plaisir dans les campagnes, les hommes à imagination poétique, les philanthropes théoriciens, couvrant d'oripeaux et de fleurs de rhétorique leurs brillants systèmes, pensent, au contraire, que les enfants sont tous sains et vigoureux dans les campagnes; il y a sur ce sujet des anecdotes charmantes et des phrases toutes faites. Quant à moi, qui vois les choses dans leur réalité, j'affirme, et beaucoup de confrères ruraux affirmeront avec moi, qu'il n'en est rien. On voit, au contraire, dans les populations agricoles, une foule d'enfants chétifs, malingres, scrofuleux, rachitiques, etc. Mais, dira-t-on, ne voyez-vous

pas ces jeunes paysans pleins d'une force et d'une santé exubérantes? Ne remarquez-vous pas ceux que la conscription atteint? ne sont-ils pas robustes, vigoureux, la plupart *quadrati*, *musculosi*? Sans doute; mais savez-vous pourquoi? c'est que les forts seuls ont résisté; c'est que, dans les campagnes, la grande majorité des enfants faibles succombe. La maladie fait ici le cruel office que la loi faisait à Sparte, elle retranche de la société, elle condamne à mort tous les enfants qui ont une constitution débile. Malheur aux faibles dans les campagnes!

Plusieurs choses néanmoins contre-balancent, dans les cantons ruraux, l'influence malfaisante relative aux causes de maladie précédemment exposées. D'abord, l'habitude de vivre en plein air, d'éprouver continuellement les salutaires influences de l'oxygène, de la lumière et du soleil; notamment si l'on respire l'*air vierge* des montagnes, comme dit Bordeu. Malheureusement cet avantage se trouve compensé par les vicissitudes atmosphériques auxquelles les cultivateurs sont nécessairement exposés, et par leur nélgigence à en neutraliser l'action par les plus simples précautions. L'exercice continuel des forces musculaires contre-balance également, à la campagne, les causes délétères dont j'ai parlé. Cet exercice entretient parfaitement l'équilibre des actes vitaux, donne aux fonctions de l'économie une activité, une régularité, une énergie infiniment rares dans les villes. Toutefois de pareils avantages ne se manifestent que quand l'exercice du corps n'est pas poussé jusqu'à la fatigue, jusqu'à l'épuisement; ce qui n'arrive que trop souvent. Enfin on peut admettre un sommeil profond, complétement réparateur, comme un moyen, pour les paysans, de maintenir leur santé. On dort parfois *laborieusement* sur le duvet, dans les villes, mais rien de plus rare à la campagne, même sur la couche la plus dure et la moins confortable. Voilà ce que j'ai observé, souvent admiré et envié. Quoi qu'il en soit, les compensations dont je viens de parler ne suffisent nullement pour combattre les nombreuses causes de maladie qui existent dans les campagnes, causes qui, toujours renaissantes, se multiplient et se perpétuent. S'il était possible d'en exposer ici l'énumération complète, on ne s'étonnerait plus de ces funestes maladies qui accablent les populations agricoles, de ces épidémies qui sévissent et parviennent à des *maxima* effrayants dans certains cantons, enfin de ces fatales épizooties qui ruinent et désolent les cultivateurs.

Aux causes physiques dont je viens de parler, se joignent des causes morales, peut-être plus actives encore, parce qu'elles sont plus difficiles à reconnaître et surtout à détruire. Le docteur Munaret (1) dit, avec

(1) *Du médecin de campagne et de ses malades*, deuxième édition, 1 vol. in-12, ouvrage plein de faits, de renseignements précieux, écrit d'ailleurs avec autant de goût, d'esprit, que de savoir.

raison : « Réveillez-vous après une léthargie séculaire, vous retrouverez le paysan dans la même chaumière et sous la même bure, ou labourant le même champ avec la même charrue... Fouillez dans son âme ; mêmes passions, mêmes préjugés, même ignorance et quelques travers de plus, dont une ébauche civilisatrice lui a fait cadeau. » On ne conçoit pas, en effet, que le villageois, en général si fin, si subtil, si avisé quand il s'agit de ses intérêts immédiats, toujours prêt à dire, l'ayant enclos, *ce champ est à moi,* n'étende presque jamais sa prévoyance, sa prudence à ce qui peut dans la suite nuire à sa santé, à sa force, à son bien-être. Hors la culture et les conséquences heureuses ou fatales qu'elle entraîne, ses vues ne s'étendent pas plus loin. Ce qui a toujours été fait ainsi doit toujours être ainsi ; tel malheur n'est pas survenu, telle maladie n'a point éclaté, telle épidémie est encore loin, donc ces choses n'auront pas lieu : c'est une apathie, c'est une insouciance désolantes. Dans le mois d'août dernier, le sous-préfet de notre arrondissement envoya dans chaque commune une petite instruction sur le choléra-morbus, instruction simple, courte, bien rédigée. Le maire de mon village s'empressa de la faire afficher à la porte de la mairie. Pense-t-on qu'on s'est empressé de la lire, de la commenter, d'en faire son profit ? Nullement. Je suis le *seul* qui l'aie lue, oui, le seul ; c'est un fait dont je me suis assuré ; et cependant tous craignaient l'horrible fléau qui a fait tant de victimes. Il est très-probable qu'il en a été de même dans beaucoup d'autres communes. L'indifférence naturelle, des préjugés de longue date, des routines traditionnelles, ont sur eux un immense pouvoir. Quand Montaigne dit : « Ce qui est hors des gonds de la coutusme, on le croit hors des gonds de la raison », il trace avec vérité un des traits de la physionomie morale de l'habitant des campagnes. *L'ignorance est la surdité de l'intelligence,* comme l'a dit avec justesse M. E. de Girardin ; on en a la preuve évidente dans la difficulté qu'on éprouve à faire comprendre aux populations rurales certains progrès de l'agriculture, et surtout l'importance de plusieurs mesures sanitaires. Que de soins, que d'avertissements, que d'années n'a-t-il pas fallu pour faire adopter la pomme de terre dans les campagnes ! précieux tubercule dont les villageois apprécient maintenant l'immense utilité et dont la maladie les effraye à si bon droit. Pendant la Révolution de 89, qui ne sait que l'illustre Parmentier, à qui on vient d'élever une statue de bronze, fut persécuté, menacé même de l'échafaud pour avoir vanté la pomme de terre ; pour avoir engagé l'infortuné Louis XVI à porter un bouquet de ses fleurs à sa boutonnière dans une solennité publique? Son crime était d'être l'ami de la pomme de terre ; on l'accusait même de l'avoir *inventée.* Il en fut ainsi de la vaccine ; et

maintenant encore, il est bien des campagnes où on ne l'admet qu'avec une répugnance marquée. Tous les gouvernements qui se sont succédé en France ont fait de grands et louables efforts pour introduire et favoriser cette bienfaisante pratique ; mais l'ignorance et le préjugé s'y sont constamment opposés, et notamment parmi les populations rurales. En vain leur en démontrait-on les avantages, en vain faisait-on les vaccinations gratuites ; on n'était guère plus avancé. Qui le croirait ! de l'argent même donné aux parents pauvres ne faisait que redoubler leur crainte ridicule et même une certaine méfiance. Jamais subvention ne fut si bien placée, et longtemps avec si peu de succès. « Monsieur le médecin, me disait, à ce sujet, un de ces malheureux paysans, croyez-vous donc que si la vaccine était bonne à quelque chose, le gouvernement nous donnerait de l'argent pour livrer nos enfants? oh ! que nenni, il y a quelque anguille sous roche. » Que répondre à de pareils raisonnements?

De graves inconvénients résultent de cette apathique méfiance. Un des principaux, est que tout se brise contre une résistance, ou plutôt contre une force d'inertie pour ainsi dire insaisissable. Ainsi, pour ce qui concerne les précautions hygiéniques, publiques ou privées, les épidémies, les maladies, objet particulier de ce travail, rien de plus difficile que de faire comprendre aux habitants de la campagne, bien plus encore de leur faire exécuter les plus simples règles de salubrité. On se heurte toujours contre une incrédulité, contre un scepticisme incroyables, s'opposant à toute amélioration, à tout progrès, à toute lumière. La sagesse du paysan, qui se compose, une moitié de patience, et l'autre moitié de confiance dans l'effet du temps, peut bien avoir quelques avantages ; mais ses inconvénients sont encore plus nombreux, parce qu'ils sont relatifs à des objets de très-haute importance. Le plus petit intérêt immédiat, je le répète, ou tant soit peu compromis, attire aussitôt et fortement l'attention de l'homme des champs : rien de plus juste en quelque sorte ; mais s'il existe dans sa localité des causes générales de maladies endémiques, ou épidémiques, des principes permanents d'insalubrité, comme le danger n'est que probable, incertain, dans un avenir plus ou moins éloigné, il y restera complétement indifférent. C'est là ce qui fait que des trois *robes noires* ou des professions qui influent le plus sur l'esprit des populations agricoles, c'est-à-dire le curé, le médecin et le notaire, ce dernier a presque toujours une incontestable supériorité. Le médecin passe toujours après le notaire, car en général, les paysans ont le cœur de leur bourse plus sensible que celui de leur poitrine. Cependant, on ne saurait croire combien de fléaux, combien de maladies de toute espèce, d'accroissement violent des épidémies résultent de cette insouciance pour tout ce qui a rapport à la salubrité de la commune ;

sans compter une foule d'autres inconvénients relatifs à l'économie politique, mais qui se trouvent en dehors de ce travail. Le temps, ce révolutionnaire paisible, mais implacable, irrésistible, finit sans doute par amener du changement, par introduire quelques pratiques heureuses, par éteindre quelque préjugé dans les populations rurales; mais sa marche est tellement lente, si bien *pede claudo*, qu'il est souvent très-difficile de reconnaître sa trace. Le bon sens, source de bonnes inspirations, se manifeste dans quelques bonnes têtes, mais son influence est singulièrement tardive. Pour s'en convaincre, il suffit de pénétrer dans l'intérieur des populations agricoles, d'étudier leurs mœurs et de vivre avec elles. Beaucoup d'excellentes qualités s'y trouvent réunies à une foule d'idées superstitieuses, de préjugés dangereux, d'habitudes insalubres et de routines vivaces. Ainsi, à notre époque qui se prétend si éclairée, on y croit encore aux sorciers, à ceux qui jettent des sorts, aux bergers magiciens et qui ont des remèdes infaillibles pour beaucoup de maladies, aux sublimes effets de la graisse de pendu, surtout vieille et rance; on y pend encore les noyés par les pieds pour leur faire rendre l'eau qu'ils ont avalée; on sonne les cloches de l'église pour écarter le tonnerre (1), etc. Aussi le progrès, l'idée nouvelle manquent-ils toujours de puissance et d'initiative, au détriment du bien-être et de la santé. Les enfants nouveau-nés sont renfermés dans un étroit maillot qui les prive de tout mouvement; si on les élève au biberon, il est bien rare d'en trouver de ceux qu'on a si bien perfectionnés; c'est toujours l'antique fiole, surmontée d'une grosse et sale éponge; puis vient la bouillie épaisse, préparée sans soins, et, plus tard, une nourriture malsaine. A peine élevés, on laisse ces malheureux enfants courir, vaguer, demi-nus, dans les boues, dans l'humidité, pendant un froid rigoureux, ou bien par un soleil ardent, puis condamnés de très-bonne heure à des travaux qui excèdent leurs forces, car leurs parents les regardent comme un capital qu'il faut se hâter de faire valoir. Les enfants qui travaillent dans les manufactures sont soumis à une certaine surveillance, ceux de la campagne en sont absolument dépourvus. Toutes ces habitudes, tous ces préjugés seraient peu de chose, s'ils n'influaient directement et d'une manière fâcheuse sur la santé des habitants de la campagne, et surtout dans la classe pauvre. C'est là ce mal profond, radical, constant, que je désire signaler à l'attention publique, à celle des pieux et véritables philanthropes.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Ce préjugé était autrefois tellement répandu dans les campagnes, qu'on lisait sur le clocher d'un petit village de Suisse l'inscription suivante : *Vivos voco, mortuos plango, fulgura frango*, c'est-à-dire : « J'appelle les vivants, je pleure les morts et je dissipe la foudre. »

CONSIDÉRATIONS PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LE VOMISSEMENT NERVEUX.

Par M. VALLEIX, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite (ancien Hôtel-Dieu annexe).

(Troisième et dernier article) (1).

Avant d'aborder le diagnostic de cette affection, il importe de dire un mot de l'état anatomique du principal organe malade, de l'estomac. Relativement aux cas de vomissements nerveux sans grossesse, nous n'avons que les renseignements les plus insuffisants, ou, pour mieux dire, nous n'en avons presque aucun. Les autopsies détaillées manquent complétement.

Il n'en est pas tout à fait de même relativement au vomissement nerveux chez les femmes grosses.

M. P. Dubois (*loc. cit.*) se borne à dire ce qui suit, relativement à un cas mortel chez une femme pour laquelle on dut recourir à l'accouchement provoqué. « A l'autopsie on reconnut une lésion légère de l'estomac, que, pour mon compte, je ne considère pas comme la cause des accidents. »

M. Vigla (Gaz. des Hôpitaux, 22 octobre 1846) a rapporté un cas de vomissement nerveux pendant la grossesse, observé avec le plus grand soin, et dans lequel l'autopsie put être pratiquée; l'estomac et les intestins étaient sains, et l'utérus également sain contenait un fœtus de treize à quatorze semaines.

Il en fut de même dans un cas recueilli par M. Forget (Gazette des Hôpitaux, 24 juillet 1847); seulement la grossesse était beaucoup plus avancée, car elle était arrivée au sixième mois, et la malade avait succombé après plus de quatre mois de vomissements incoercibles.

Pour ma part, je n'ai eu l'occasion de pratiquer aucune autopsie dans un cas semblable à ceux dont j'ai donné plus haut l'histoire. Dernièrement il est mort dans ma division, à l'hôpital Sainte-Marguerite, une femme enceinte d'environ trois mois, et qui, depuis deux mois, avait des vomissements que rien n'a pu arrêter; mais ces vomissements étaient bilieux et, par conséquent, différaient notablement de ceux que j'ai décrits; et, en outre, il y avait d'autres symptômes qui prouvaient qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une gastrite chronique, ce qui fut confirmé à l'autopsie. Toutefois, comme c'est là un point très-important, je vais donner le résumé de l'observation, afin qu'on puisse bien voir combien est grande la différence qu'il y a dans la physionomie de ces deux affections : le vomissement nerveux et la gastrite.

(1) Voir les livraisons des 15 août et 15 septembre, p. 97 et 199.

Obs. V. *Grossesse; symptômes de gastrite chronique; à la fin, symptômes de gastrite aiguë; mort; autopsie.* — Femme de vingt-huit ans, cuisinière. Entrée à l'hôpital Sainte-Marguerite, salle Sainte-Geneviève, 25, le 1er juin 1849. Réglée à 19 ans; première grossesse à 23 ans, sans autre chose de remarquable que le retour de l'écoulement menstruel au troisième mois, après une chute, et sa persistance jusqu'au huitième mois. Il y a quelques années, à Montpellier, maladie grave que la malade appelle une irritation intestinale. Depuis lors appétit bizarre, irrégulier, nourriture peu substantielle. Leucorrhée.

A la fin du mois d'avril dernier, pendant quatre ou cinq jours, faiblesse, principalement le matin et le soir, abattement, fatigue, inappétence, soif, insomnie.

Le 4 mai, la leucorrhée a beaucoup augmenté, les symptômes gastriques continuent; les règles, qui devaient avoir lieu ce jour-là, ne paraissent pas et ne se sont pas montrées depuis.

Le 17 mai, rapports amers et fréquents; vomissements de matières vertes et amères. Chaleur à l'épigastre. Jusqu'au 4 juin, époque où l'observation a commencé à être prise jour par jour, augmentation de ces symptômes, rejet de tous les aliments et de toutes les boissons. La limonade citrique est seule acceptée en petite quantité.

Du 4 juin jusqu'au 25, jour de sa mort, cette malade nous a présenté ce qui suit :

Pâleur de la face, avec rougeur des pommettes; amaigrissement, vomissements répétés, ordinairement verts et amers, revenant pendant plusieurs jours de suite, seulement la nuit; ayant lieu plus tard indifféremment dans les vingt-quatre heures. Parfois un jour entier se passait sans vomissement.

Douleur vive à la pression dans la région épigastrique, nulle ailleurs. Accélération du pouls; chaleur de la peau élevée. Intelligence bonne jusqu'aux deux derniers jours.

Le 23 et le 24, écoulement par la bouche de matières filantes; céphalalgie, abattement, délire, chaleur de la peau; 120 pulsations.

Le traitement consista d'abord dans les narcotiques, la limonade froide, des sangsues à l'épigastre. Lorsque les vomissements parurent devenir intermittents, le sulfate de quinine fut administré en lavements à la dose de 1 gramme 50 à 2 grammes. Puis on eut recours aux lavements laudanisés, à la potion de Rivière, au colombo, à la cautérisation transcurrente de l'épigastre, le tout sans aucun succès.

A l'*autopsie*, je trouvai une inflammation manifeste de l'estomac et du duodénum. Le premier, dans son grand cul-de-sac et dans sa grande courbure offrait une muqueuse gris ardoisé, mince et sans consistance ; plus près du pylore il y avait un mamelonnement marqué ; aux environs de l'orifice et dans tout le duodénum, rougeur vive de la muqueuse, épaississement, avec granulations évidentes, qui faisaient suite au mamelonnement plus gros de l'estomac, ramollissement.

L'utérus sain contenait un fœtus de trois mois environ.

Réflexions. Cette observation dont les détails sont si intéressants, mais que j'ai dû présenter en abrégé pour ne pas trop allonger ce Mémoire, ressemble bien peu, comme on a dû le remarquer, à celles que j'ai présentées plus haut. Dans celles-ci il y avait seulement au début

des vomissements aqueux, sans grand dépérissement, sans fièvre, et, entre les vomissements, des intervalles pendant lesquels la santé paraissait à peine altérée. Ici vomissements bilieux, douleurs épigastriques, fièvre, amaigrissement, prostration des forces ; tous les symptômes, en un mot, d'une gastrite chronique qui a pris un assez haut degré d'acuité dans les derniers jours. Ce n'est évidemment pas la même maladie.

Ainsi donc nous n'avons réellement pas de documents satisfaisants pour éclairer la question intéressante des lésions anatomiques ; nous ne pouvons qu'arriver à des probabilités en examinant avec soin les symptômes et la marche de la maladie.

Or, tout dans le résultat de cet examen nous porte à penser qu'il n'y avait réellement pas, dans les cas que j'ai cités, de lésion appréciable à nos sens ; et comme, d'un autre côté, j'ai plusieurs fois signalé la ressemblance extrême du vomissement dont il est ici question et du vomissement des femmes grosses, chez lesquelles, ainsi que le démontrent les faits rapportés par MM. Vigla et Forget, l'estomac et les intestins sont intacts, on trouvera suffisamment justifié, jusqu'à plus ample information, le nom de vomissement nerveux que nous donnons à cette maladie.

Diagnostic. Je ne crois pas que, après les exemples que j'ai présentés, le *diagnostic* puisse paraître bien difficile. Il suffit, en effet, d'avoir étudié avec soin un de ces faits pour en reconnaître promptement la physionomie lorsqu'il s'en présente de semblables.

Nous venons de voir comment la *gastrite* se distingue du vomissement nerveux. On peut, pour plus de renseignements, consulter un Mémoire sur la gastrite, que j'ai inséré, il y a cinq ans, dans ce journal même (*Quelques considérations sur la gastrite aiguë, la gastrite chronique et la gastralgie ;* Bulletin génér. de thérap., juin 1844), et l'on verra que cette maladie, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, est caractérisée, *dès les premiers temps*, par des vomissements bilieux, la douleur épigastrique et un certain degré de fièvre, ce qui suffit pour faire éviter toute erreur.

La *gastralgie* ordinaire ne peut pas davantage être confondue avec le vomissement nerveux. Dans la gastralgie, il est vrai, il y a parfois des vomissements, et principalement des vomissements aqueux ou muqueux. Mais ces vomissements, loin d'être toute la maladie, ne constituent qu'un symptôme accessoire de médiocre importance. Ils ont lieu à peine une ou deux fois par jour, tandis que la douleur, les angoisses, le gonflement de l'estomac et tous les autres symptômes qui constituent la gastralgie, ont lieu beaucoup plus fréquemment, et principalement après les repas. D'ailleurs, et ce fait lève toutes les difficultés, il y a

des cas nombreux de gastralgie sans vomissements d'aucune espèce.

Mais on pourrait dire que c'est là une *gastralgie* d'une espèce particulière, et dans laquelle, seulement, les vomissements ont une grande opiniâtreté. Avec cette explication on peut, à la rigueur, admettre cette manière de voir sur la nature de la maladie. Cependant, je ne peux m'empêcher de faire remarquer de nouveau l'absence de presque toute douleur dans plusieurs cas fort remarquables, et il me semble qu'il est difficile d'accorder ce peu d'importance de la douleur avec l'existence d'une véritable gastralgie.

Dans certains cas, ainsi que je l'ai dit plus haut, j'ai vu des douleurs vives occupant l'épigastre, les hypocondres et la région dorsale, ayant des foyers distincts et des exacerbations violentes, se produire en même temps que des vomissements aqueux qui cessaient dès que, par l'application de vésicatoires saupoudrés de morphine sur les points douloureux, on avait fait cesser l'accès de névralgie intercostale qui existait évidemment. Ces cas, encore bien obscurs, se distinguent, au premier abord, de la maladie qui nous occupe, par l'intensité même de la douleur.

Il en est de même de la *colique hépathique* et des *coliques néphrétiques*. En outre, dans ces dernières affections, on a, pour se diriger dans son diagnostic, le siége des douleurs suivant le trajet des uretères ou des conduits biliaires, l'état des urines, les sensations dans la vessie et le canal de l'urètre, l'ictère, l'état des selles. De plus, dans ces cas, les vomissements sont le plus souvent bilieux.

Il est une sorte de vomissement qui a été décrit dans le Dict. de médecine (tom. XXX, p. 919, art. *Vomiss. pathol.*), sous le nom de *vomissement chronique*, et qui, sous quelques rapports, se rapproche un peu de celui que je viens de décrire; mais qui, dans les cas du moins où ce nom de vomissement chronique lui convient véritablement, en diffère grandement sous beaucoup d'autres. Ce vomissement, en effet, n'est, tout porte à le croire, causé par aucune lésion organique appréciable, ce qui le rapproche du vomissement nerveux; mais il ne revient qu'à des intervalles assez longs, réguliers ou non; il n'altère pas la santé dans ces intervalles, et permet aux malades de se livrer à leurs occupations. On trouve un bel exemple de ce vomissement dans les recherches de Morgagni (*de Caus. et sede morb.*); et M. Tardieu en a cité un non moins remarquable dans ses Eléments de Pathologie médicale. Dans l'article du Dictionnaire que je viens de citer, je remarque ces mots : « Il peut même (le vomissement chronique) se renouveler assez fréquemment pour laisser à peine quelque repos au malade. »

Ce passage se rapporterait-il à des cas semblables à ceux dont j'ai donné l'histoire? C'est ce qui n'est nullement impossible.

En voyant la persistance des vomissements dans des cas où on ne peut trouver aucun signe de grossesse, il est permis de se demander, surtout si la malade est d'un âge un peu avancé, s'il ne s'agit pas d'une maladie organique, d'un *cancer de l'estomac*. Mais le diagnostic n'est réellement pas plus difficile relativement au cancer que relativement aux maladies précédentes. Souvenons-nous, en effet, que dans le cancer de l'estomac ce qu'on observe d'abord, c'est le vomissement des aliments, à des intervalles plus ou moins éloignés des repas, et qu'ensuite on voit apparaître de la douleur, souvent une tumeur à l'épigastre, et surtout un dépérissement beaucoup plus rapide que ne pouvait le faire craindre le degré d'abstinence auquel sont réduits les malades. Or, dans le vomissement nerveux, les choses se passent bien différemment : vomissements fréquents, muqueux, ou formés en grande partie par les boissons rejetées; douleur épigastrique généralement médiocre, parfois presque nulle; dépérissement peu considérable eu égard à l'abstinence presque complète : ces signes différentiels sont plus que suffisants.

Reste maintenant la question de l'*empoisonnement*. Je l'ai déjà dit, un médecin un peu versé dans la connaissance des maladies de l'estomac et des divers empoisonnements ne peut pas avoir le moindre doute en présence d'un vomissement nerveux; mais la question est trop importante, et cette maladie est trop peu connue encore, pour que je puisse me dispenser d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

Il faut d'abord mettre de côté toutes les substances qui, pour produire l'empoisonnement, doivent nécessairement causer des douleurs très-vives dans une étendue plus ou moins grande du tube digestif. Cette douleur n'existe pas en effet; ainsi il ne peut être question des substances âcres et corrosives. Quant aux narcotiques, il ne peut pas en être question davantage, puisque, donnés à doses assez élevées pour produire des vomissements comme ceux dont j'ai parlé, ils occasionnent inévitablement des symptômes cérébraux notables, et qu'un des caractères les plus remarquables de la maladie dont nous nous occupons, c'est précisément de laisser, pendant presque toute la durée de la maladie, l'intelligence, la vision, l'ouïe, etc., parfaitement saines.

Je ne vois donc que l'empoisonnement par l'arsenic dont on pourrait, après un examen des plus superficiels, admettre l'existence. Mais, si l'on veut bien étudier les faits, on ne tarde pas à voir que cette supposition ne peut longtemps tenir devant eux. Qu'on suppose, en effet, le cas le plus exceptionnel possible, il ne le sera jamais assez pour que

tous les symptômes de l'empoisonnement se réduisent à de simples vomissements médiocrement douloureux. Dans les cas même (cas toujours fort rares) où la douleur gastro-intestinale est peu vive, il y a une prostration des forces, une altération des traits, un état de malaise profond qui ne peuvent pas tromper, et qui manquent complétement dans le vomissement nerveux. Jamais, en outre, vous ne verrez, dans l'empoisonnement par les préparations arsenicales, des intervalles de plusieurs jours pendant lesquels, les vomissements ayant cessé brusquement, les malades se trouvent dans un tel état de bien-être, qu'ils se croient complétement guéris; et c'est ce qu'on voit dans un bon nombre de cas de vomissement nerveux.

Ainsi donc, il n'est absolument aucun empoisonnement connu que le vomissement nerveux simule assez pour qu'un examen éclairé ne fasse très-facilement éviter toute erreur. L'idée d'un empoisonnement ne pourrait venir qu'à ceux qui, n'ayant jamais observé cette affection, seraient, d'un autre côté, très-peu versés dans les connaissances toxicologiques.

Pronostic. Il suffit de se rappeler le nombre des morts et le peu d'action qu'ont eue les médicaments dans la plupart des cas que j'ai mentionnés, pour reconnaître que le pronostic de cette affection est fort grave. Lorsqu'on voit, malgré toutes les ressources de la médication calmante et tonique, les vomissements persister pendant plusieurs semaines, et se reproduire en nombre considérable dans une journée, on doit avoir de très- grandes craintes, ou plutôt on doit s'attendre à voir presque inévitablement succomber la malade. C'est ce dont sont convaincus tous les médecins qui ont pu observer avec quelque attention cette maladie; et lorsqu'on voit, dans les cas que j'ai cités plus haut, les hommes les plus expérimentés échouer dans toutes leurs tentatives contre elle, on ne peut s'empêcher de partager cette opinion.

Tous ceux qui se sont occupés de ce sujet regardent le vomissement nerveux des femmes enceintes comme notablement moins grave que celui des femmes en état de vacuité; et, cependant, les accoucheurs savent bien, et les faits précédents ont surabondamment démontré que ces vomissements peuvent très-bien tuer les malades; c'est donc là une nouvelle preuve de la gravité de la maladie.

C'est ordinairement après l'avortement que les vomissements des femmes enceintes commencent à se calmer. J'en ai vu un exemple à l'hôpital Sainte-Marguerite. Chez une femme enceinte de deux mois et demi environ, les vomissements duraient depuis six semaines avec une opiniâtreté invincible et menaçaient l'existence, lorsque survinrent des symptômes d'avortement. Je touchai la malade : la tête du fœtus, qui

etait mort sans doute depuis un certain temps, se présentait dans le vagin, une faible traction la détacha ; les autres parties furent ensuite entraînées. Dès ce moment, les vomissements cessèrent, et la femme se rétablit très-promptement. Ce sont les faits de ce genre qui ont engagé les accoucheurs à provoquer l'avortement.

Cependant il est des cas, chez des femmes enceintes, où des vomissements qui s'annonçaient comme devant être très-rebelles ont fini après un, deux mois et plus, par s'arrêter sans qu'il y eût avortement ou accouchement provoqué. M. Debout, l'honorable rédacteur en chef de ce journal, m'en a cité un exemple bien remarquable. Des vomissements opiniâtres, durant depuis *trois mois*, avaient réduit une de ses clientes au plus triste état, et une terminaison fatale était à craindre, lorsqu'il imagina de la forcer à sortir en voiture. Les secousses de la voiture ou la crainte de vomir en public, peut-être même les deux causes réunies, comme je le ferai remarquer plus tard, agirent merveilleusement. Dès ce moment les vomissements cessèrent, et la fin de la grossesse, ainsi que l'accouchement, se passèrent très-heureusement.

Je crois devoir ajouter ici quelques mots sur un fait qui se rapporte aussi bien au diagnostic qu'au pronostic, et qui prouve que cette maladie a une physionomie et une marche qui lui sont tout à fait propres.

Il y a environ deux mois, on me parla d'une dame, âgée de soixante-cinq ans, qui avait des vomissements fréquents, muqueux, peu douloureux, sans fièvre, sans dépérissement très-notable. La maladie durait depuis plus de six semaines, et cependant on ne paraissait pas avoir de grandes inquiétudes sur son issue. Je n'hésitai pas à dire, sans avoir vu la malade, qu'il s'agissait d'un vomissement nerveux et qu'il y avait tout lieu de s'attendre à une mort peu éloignée. Je ne trouvai que des incrédules ; mais, quinze jours après, la malade avait succombé, après avoir passé six ou sept jours en proie à la fièvre et au délire, comme cela a lieu dans cette maladie. Ainsi cette affection a un tel cachet qu'on peut facilement la diagnostiquer et en prévoir la terminaison, même sans être appelé auprès des malades.

Traitement. Les principaux cas que j'ai rapportés précédemment ne sont pas de nature à inspirer une grande confiance dans nos moyens de traitement ; mais, d'une part, si on ne parvient pas dans ces cas si rebelles à prévenir une terminaison funeste, on peut du moins apporter aux malades de grands soulagements, et, de l'autre, nous savons qu'il est aussi des cas dont l'issue a été moins malheureuse, et par conséquent nous ne devons rien négliger de tout ce qui peut augmenter les chances de guérison.

Il résulte de tout ce que j'ai dit plus haut, que l'affection est, selon

toutes les probabilités, de nature nerveuse. Aussi ne voyons-nous personne indiquer l'emploi des saignées soit générales, soit locales. Ce moyen ne pourrait avoir quelque utilité que si vers la fin, à l'époque où la fièvre se déclare, il survenait des signes d'inflammation de l'estomac, et alors c'est aux sangsues ou aux ventouses appliquées à l'épigastre qu'on aurait naturellement recours. Mais, je le répète, ce n'est là qu'une prévision et non un résultat de l'observation.

Les moyens principaux sont les *opiacés* et les *amers*.

L'opium doit toujours être donné dans cette maladie, parce que, lors même qu'il ne guérit pas, il procure aux malades un soulagement immédiat qu'aucune autre substance ne saurait leur procurer. L'opium et ses dérivés peuvent être donnés sous les formes les plus variées : l'extrait gommeux en pilules, en potions, en sirop de karabé; la codéine, la morphine, le laudanum peuvent être ingérés avec avantage dans l'estomac, surtout lorsque les vomissements sont précédés et accompagnés de tortillements, de coliques stomachales, ou d'autres douleurs plus ou moins vives.

Le laudanum, donné en lavement, est d'une grande ressource. On voit souvent dans les maladies les plus diverses des vomissements symptomatiques rebelles céder à des lavements laudanisés, après avoir résisté à beaucoup d'autres moyens énergiques, et l'on est naturellement porté à recourir au même moyen dans les cas dont nous parlons. J'ai toujours vu les lavements laudanisés apporter du soulagement; malheureusement, dans les cas que j'ai observés, ce soulagement n'a pas été durable.

La morphine par la méthode endermique, à l'aide de vésicatoires appliqués sur l'épigastre, est un des bons moyens d'administration des narcotiques. C'est celui qui a été le plus utile dans le cas que j'ai décrit dans la seconde observation de ce Mémoire.

On peut reprocher aux préparations opiacées d'augmenter la constipation à laquelle les malades ont, comme nous l'avons vu plus haut, une grande tendance ; mais il est si facile, par des lavements laxatifs, de maintenir la liberté du ventre, que ce n'est pas là une objection.

Il importe, pour que les préparations d'opium produisent tout le bien qu'elles peuvent produire, qu'elles soient progressivement élevées à d'assez hautes doses.

La malade dont je parlais tout à l'heure n'était véritablement soulagée que lorsqu'elle avait pris de 10 à 15 centigrammes d'extrait d'opium par la bouche ; souvent 15 à 20 gouttes de laudanum en lavements, et toujours de 3 à 6 centigrammes d'un sel de morphine par la méthode endermique.

Je crois que dans beaucoup de cas de vomissements, croyant qu'on

n'a affaire qu'à une affection de peu d'importance, on administre les opiacés avec trop de timidité. Si maintenant il se présentait à moi un cas de ce genre, je n'hésiterais pas à porter rapidement l'opium à une dose telle qu'il déterminât bientôt un degré assez prononcé de narcotisme. Avec un peu d'attention on éviterait tout danger venant du médicament, et on aurait, je crois, beaucoup plus de chance de prévenir le danger qui, dans les cas semblables à ceux que j'ai cités, provient de la maladie elle-même. Quelques gouttes de laudanum, donnécs à des intervalles rapprochés, toutes les demi-heures, par exemple, agiraient très-bien dans ce but.

Les amers, tels que la décoction de quassia amara, l'infusion de petite centaurée, la poudre de racine de colombo à la dose de 1 à 4 grammes, et les substances analogues, sont généralement associés aux opiacés. Je remarque cette association dans les deux cas de guérison observés dans le service de M. Louis, et qui m'ont été communiqués par M. Leudet; ce qui lui donne une valeur réelle.

Les antispasmodiques : castoréum, musc, valériane, etc., me paraissent devoir inspirer une confiance beaucoup moins grande que les narcotiques, et en particulier l'opium. J'en ai tenté quelques-uns, sans remarquer qu'ils aient eu des effets bien notables. J'ai vu aussi administrer des lavements contenant 3 ou 4 grammes d'assa-fœtida, sans aucun succès. Cependant tout n'est pas dit sur l'utilité de ces médicaments.

L'eau de Seltz est toujours très-agréable aux malades et calme ordinairement les vomissements. On l'associe à une boisson acidulée froide : limonade, orangeade, solution de sirop de groseille, etc.

La potion de Rivière, si célèbre contre les vomissements opiniâtres, n'a pas pu être supportée par les malades qu'il m'a été donné d'observer.

L'eau magnésienne, bien qu'elle ait échoué dans un cas cité plus haut, doit être mentionnée parce que, dans plusieurs cas de vomissement opiniâtre observés par M. Louis (Ramollissement de la muq. gastr., Recherch. anat. path.; Paris, 1826), c'est le seul moyen qui ait réussi, et qui ait réussi quelquefois après deux mois et plus de maladie. Il faut reconnaître toutefois que dans ces cas cités par M. Louis il s'agit de gastrites chroniques caractérisées par des vomissements bilieux, et que, par conséquent, la maladie n'est pas la même. Nous devons aussi remarquer que ce médicament, conseillé par M. Rayer dans le cas cité par M. Vigla, n'a eu aucun résultat satisfaisant ; mais il n'en faut pas moins, lorsqu'il s'agit d'une affection où le vomissement joue un si grand rôle, tenir compte d'un remède

qui a eu des résultats si remarquables contre des vomissements que rien ne pouvait arrêter. Trois ou ou 4 grammes de magnésie calcinée dans 500 grammes d'eau édulcorée suffisent ordinairement pour la journée.

Il faut toujours donner les boissons glacées, et recommander au malade de faire fondre de temps en temps des morceaux de glace dans sa bouche. Les boissons tièdes augmentent les nausées et provoquent les vomissements.

M. Chomel, qui à la suite du choléra de 1832 a vu plus de trente cas de vomissements opiniâtres, a remarqué que les sujets qui ont guéri et dont le nombre ne s'élève pas au dessus de trois, avaient pris de l'eau de Vichy coupée avec un quart de lait.

M. Bellocq a récemment préconisé l'usage du charbon de peuplier contenant une certaine quantité d'eau et pris en poudre très-grossière. On a vu que, dans un cas, ce moyen n'a eu aucun effet; le charbon était rejeté complétement par le vomissement. Il est vrai que les cas cités par M. Bellocq n'étaient pas tout à fait les mêmes que ceux dont je m'occupe ici.

Faut-il, dans ces cas, traiter le *vomissement par le vomissement?* Je ne le pense pas. Dans un des cas que j'ai observés, un vomitif a été donné, les vomissements ont redoublé. Dans celui qu'a recueilli M. Vigla, la médication vomitive n'a eu aucun succès.

M. Forget a mis en usage la poudre de colombo, la liqueur d'Hoffmann, l'abstinence des boissons; mais ces moyens n'ont apporté aucun soulagement.

M. Monneret (Gazette médicale de Paris) a annoncé récemment que le sous-nitrate de bismuth réussit souvent dans les vomissements des femmes enceintes, pourvu qu'on ait soin de le donner à très-haute dose. Les doses prescrites par M. Monneret doivent être indiquées, car elles sont tout à fait inusitées. Ce médecin n'hésite pas à en donner 40, 50 et 60 grammes par jour. On l'administre dans une cuillerée de bouillon ou de soupe, en plusieurs fois dans la journée. Je ne crois pas que ce moyen ait été tenté dans des cas aussi graves que ceux dont il s'agit dans ce Mémoire; il sera bon de le faire dans l'occasion.

M. Chomel conseille l'emploi combiné du calomel et d'un purgatif résineux (jalap, aloès, scammonée, etc.).

Enfin, M. Stackler (Gazette médicale des Hôpitaux, août 1846) a cité deux cas de vomissement pendant la grossesse, guéris à l'aide de l'oxyde noir de mercure (*mercure soluble de Moscati*) à la dose de 5 centigrammes par jour. Quelle serait l'action de ce médicament dans les cas dont nous nous occupons?

Les vésicatoires, les sinapismes sur l'épigastre et dans d'autres

parties du corps, ont probablement leur degré d'utilité; mais il nous est impossible de le préciser. S'il existe une douleur superficielle, ces moyens sont dirigés avec avantage contre elle, comme dans les cas analogues.

Je ne peux rien dire du cautère actuel appliqué sur la région épigastrique. Je ne l'ai employé, sous forme de cautérisation transcurrente, que dans un cas de gastrite chronique ; il n'a eu aucun succès. Suivant M. Chomel, les cautères ordinaires au nombre de deux ou trois sur l'épigastre peuvent avoir quelque avantage.

Ajoutons que dans les cas de ce genre, lorsque la maladie se montre rebelle à tous les moyens, et lorsqu'il y a tout lieu de croire qu'elle se terminera par la mort, on est autorisé à recourir au traitement perturbateur. Nous avons vu M. Debout réussir en ordonnant à une malade un exercice violent, alors que chacun sait que le vomissement est principalement provoqué par les mouvements, et quoiqu'il ne s'agît pas d'un vomissement nerveux dans l'état de vacuité, mais bien chez une femme enceinte; ce fait ne doit pas être perdu de vue.

Toutefois, M. Debout ne s'était pas borné à conseiller la voiture. Il avait voulu que la malade sortît sans emporter de vase qui pût recevoir les vomissements, sans sa femme de chambre, exposée, en un mot, au désagrément de se faire remarquer au moment où elle vomirait, ce qu'on lui faisait sentir. Il y avait donc là un véritable *traitement moral* joint au traitement physique. Quelle a été la part de l'un et de l'autre? Attendons d'autres faits pour nous prononcer sur ce point. Si j'en crois ce qui se passe sous mes yeux, ces faits ne tarderont pas à se produire, car depuis que j'ai commencé ce Mémoire, j'ai vu deux nouveaux cas dont l'un s'est terminé par la mort et dont l'autre, en traitement, inspire de bien vives inquiétudes. Ce sont trois cas que je vois depuis huit mois, ce qui me fait penser que les vomissements opiniâtres tendent à se multiplier beaucoup, comme cela a eu lieu après le choléra de 1832.

C'est alors que je concevrais qu'on ordonnât une alimentation substantielle, renouvelée avec opiniâtreté à mesure que les substances seraient vomies; qu'on eût recours aux affusions froides, etc., etc.

J'en ai assez dit, je pense, pour qu'on puisse, au premier abord, reconnaître l'affection que je me suis efforcé de décrire, avec des faits malheureusement peu nombreux. C'est maintenant aux praticiens à ne pas laisser passer inaperçus les faits de ce genre. Si j'ai réussi à attirer leur attention sur cette maladie grave et insidieuse, j'aurai atteint mon but.

VALLEIX.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'HÉMORRHAGIE OMBILICALE APRÈS LA CHUTE DU CORDON ET SUR SON TRAITEMENT.

Chez l'enfant nouveau-né, le besoin des matériaux nutritifs se fait tellement sentir, que les pertes de sang un peu abondantes sont pour ainsi dire irréparables. A cet âge, en effet, les organes non-seulement se développent, mais s'achèvent; si donc les éléments indispensables à leur perfection viennent à manquer, ces organes ne tardent pas à être impuissants pour entretenir la vie.

Cette manière de considérer l'influence désastreuse des pertes sanguines dans le premier âge nous semble préférable à l'opinion qui consiste à regarder la résistance vitale de l'enfant comme inférieure à celle de l'adulte. Mais quelle que soit d'ailleurs l'explication que l'on adopte, le fait n'en est pas moins constant; les hémorrhagies causent chez les nouveau-nés un épuisement rapide et promptement funeste. Or, parmi les hémorrhagies qui peuvent devenir le plus promptement fatales, à cette époque de l'existence, celle qui a lieu par les vaisseaux ombilicaux est certainement une des plus graves, et réclame les secours les plus prompts et les plus efficaces.

A diverses reprises nous avons appelé l'attention de nos lecteurs, à propos des faits consignés dans les journaux de médecine, sur les moyens divers qui ont été mis en usage pour arrêter ces hémorrhagies, et, les faits aidant, nous avons tracé la conduite que le médecin doit tenir en pareil cas. Aujourd'hui, nous voulons esquisser l'histoire de ce grave accident de la première enfance, et discuter les moyens thérapeutiques qui ont été proposés dans ces cas. Dans cette revue, nous ferons de nombreux emprunts à la thèse intéressante dans laquelle M. Emile Dubois a retracé, d'après un certain nombre de cas, l'histoire de cette hémorrhagie. Nous ferons de même appel aux faits qui ont été publiés depuis cette époque, et qui nous paraîtront de nature à faire avancer la question sous le rapport pathologique et thérapeutique.

Quelques mots d'abord sur la manière dont cette hémorrhagie se déclare. Le cordon tombe du quatrième au septième jour comme chez tous les nouveau-nés, et jusque-là rien n'indique l'imminence de cet accident. (Il existe toutefois un fait d'hémorrhagie survenue avant la chute du cordon et sur lequel nous aurons à revenir à propos du traitement.) Le plus souvent même, l'écoulement de sang ne survient pas d'une manière immédiate. Mais à une époque variable de quelques heures à plusieurs

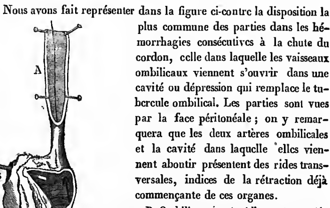
jours, on s'aperçoit, en déshabillant l'enfant, que les langes sont plus ou moins imbibés de sang ; le ventre est recouvert de caillots, et lorsqu'on les enlève, on voit que le point de départ de l'hémorrhagie est à l'ombilic. Il n'y a pas ordinairement de jet saccadé, et le sang s'écoule en nappe, bien que dans certains cas on puisse reconnaître que le sang vient plutôt d'un côté que de l'autre de l'ombilic.

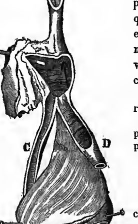
Si l'hémorrhagie est immédiatement très-abondante, elle amène promptement la mort ; mais elle peut consister en un simple suintement, cesser momentanément et reparaître ensuite, et cela pendant plusieurs semaines (Underwood). Telle n'est pourtant pas la marche habituelle. L'hémorrhagie est abondante dans le plus grand nombre des cas, et continue. Si l'on essaye de comprimer l'ombilic avec les doigts ou à l'aide d'un bandage approprié, l'hémorrhagie s'arrête ; mais aussitôt que l'on cesse la compression, et même malgré son emploi, le sang reparaît. Souvent alors le médecin arrive trop tard pour qu'en s'opposant à l'hémorrhagie il puisse espérer relever les forces de l'enfant ; celui-ci tombe bientôt dans un affaissement extrême et meurt anémique. Ajoutons qu'on a vu des nouveau-nés être atteints en même temps de purpura, d'endurcissement du tissu cellulaire, etc. ; ces affections si graves par elles-mêmes ont alors été hâtées dans leur marche funeste. Il existe cependant quelques faits dans lesquels on a pu se rendre maître de l'hémorrhagie et obtenir une guérison durable. Nous aurons à examiner, à propos du traitement, si ces cas ne pourraient pas être plus nombreux, en suivant de bonne heure la conduite que nous indiquerons.

Si l'enfant succombe, on trouve du côté de l'ombilic tantôt le tubercule normal, tantôt une espèce de cavité bornée par le péritoine en arrière et dans laquelle viennent aboutir les vaisseaux. Quand la mort est survenue avant que l'hémorrhagie ait été arrêtée, un stylet pénètre facilement dans les vaisseaux ombilicaux par le tubercule central ; mais quand ce dernier est peu ou point apparent, on a quelquefois de la peine à rencontrer les orifices des vaisseaux, parce qu'ils sont plus ou moins retirés dans l'épaisseur des parois abdominales. Enfin, l'autopsie est-elle faite un certain temps après la suspension de l'hémorrhagie, alors les vaisseaux sont en partie oblitérés ou revenus sur eux-mêmes au niveau de l'ombilic ; et c'est un peu plus loin qu'on les retrouve perméables ou que l'on peut reconnaître, par la présence de caillots, leur perméabilité antérieure. Au reste, les vaisseaux ombilicaux ne fournissent pas tous du sang à la fois, et l'on conçoit que le liquide a bien plus de facilité à s'échapper par les artères qui lui présentent un trajet direct, que par la veine qui n'est pas dans les mêmes conditions. Quant à la veine, elle a été trouvée tantôt remplie de sang fluide, tantôt

perméable et contenant des caillots. On ne peut donc pas douter qu'elle ne fournisse quelquefois du sang; seulement, il ne paraît pas qu'elle ait été jamais seule la source de l'hémorrhagie. Le canal veineux, le trou de Botal et le canal artériel semblent, comme les vaisseaux ombilicaux, avoir éprouvé du retard dans leur oblitération, et cette disposition particulière de l'appareil circulatoire ne semble pas avoir encore été étudiée assez attentivement au point de vue du développement de ces hémorrhagies. Enfin, tous les observateurs s'accordent à signaler l'état de diffluence du sang qui est séreux, noirâtre et se présente sous forme de caillots mous.

Nous avons fait représenter dans la figure ci-contre la disposition la plus commune des parties dans les hémorrhagies consécutives à la chute du cordon, celle dans laquelle les vaisseaux ombilicaux viennent s'ouvrir dans une cavité ou dépression qui remplace le tubercule ombilical. Les parties sont vues par la face péritonéale ; on y remarquera que les deux artères ombilicales et la cavité dans laquelle elles viennent aboutir présentent des rides transversales, indices de la rétraction déjà commençante de ces organes.





B. Ombilic, présentant l'ouverture extérieure par laquelle s'est faite l'hémorrhagie.
A. Veine ombilicale, ouverte dans une partie de son étendue et dans laquelle on a passé un stylet de dedans en dehors.
C. Artère ombilicale gauche.
D. Artère ombilicale droite.
E. Portion de la vessie urinaire.

Un fait très-curieux dans l'histoire de ces hémorrhagies du cordon ombilical, c'est qu'on les observe presque constamment chez des enfants du sexe masculin. Sur seize cas rapportés par les auteurs, il en est neuf seulement dans lesquels le sexe de l'enfant ait été noté, et ces neuf cas appartiennent à des enfants mâles. Un autre fait qui mérite encore plus l'attention, c'est le suivant : les hémorrhagies qui proviennent du cordon ombilical se rencontrent assez souvent sur des enfants de la même famille. On cite des cas de femmes qui ont perdu deux, trois, quatre enfants de suite, ou avec intervalle, de ces hémorrhagies. Rien n'est plus

de nature à faire admettre que ces hémorrhagies tiennent à une altération dans la plasticité du sang, parfois héréditaire. Reste à déterminer d'une manière définitive, et c'est ce qui n'a pas encore été fait, quelle est la cause du défaut de plasticité du sang. Nous nous bornerons à le signaler, en ajoutant toutefois que généralement on est plus en droit de redouter cet état chez les enfants faibles ou atteints d'une maladie grave débilitante.

Il n'est malheureusement que trop vrai que l'époque à laquelle l'hémorrhagie peut se déclarer après la chute du cordon est très-variable, et que souvent rien ne peut faire craindre l'apparition de cet accident; cependant, on doit se tenir sur ses gardes quand on donne des soins à des enfants d'une faible constitution ou atteints de maladies graves débilitantes, mais surtout quand on a affaire à des enfants dont les parents présentent de la disposition aux hémorrhagies, ou dans les familles desquels un ou plusieurs enfants ont présenté des hémorrhagies ombilicales. Dans ces derniers cas, on ne saurait trop surveiller attentivement la chute du cordon, et peut-être y aurait-il avantage à exercer immédiatement sur l'ombilic une compression bien faite. Ne serait-il pas indiqué de faire suivre aux femmes qui ont perdu déjà un ou plusieurs enfants de ce grave accident, un traitement approprié, de nature à donner au sang une plus grande plasticité ? Nous soumettons cette réflexion aux praticiens.

Quoi qu'il en soit, dès que l'hémorrhagie a eu lieu, il importe d'agir, et d'agir avec d'autant plus de promptitude et d'énergie que les pertes de sang ont des suites plus redoutables chez l'enfant nouveau-né.

La première idée qui soit venue à l'esprit des accoucheurs a été de se servir d'eau glacée, de poudre impalpable, d'alun et de toutes sortes d'astringents. L'expérience n'a pas tardé à montrer que ces moyens étaient complétement inefficaces.

Alors on a songé à la *compression*; on a même été tenté de lui accorder une grande valeur par ce qu'on en avait obtenu dans les cas d'hémorrhagie consécutive à l'arrachement du cordon; mais on n'avait pas réfléchi que dans l'hémorrhagie qui succède à la chute naturelle du cordon, les choses ne se passent pas de même que dans les cas d'arrachement, que les vaisseaux ombilicaux manquent de tonicité, que le sang est moins coagulable. Les faits sont venus prouver d'ailleurs que la compression peut arrêter momentanément l'hémorrhagie, mais que des caillots ne se forment pas dans l'intérieur des vaisseaux, et que l'écoulement du sang reparaît dès qu'on ne comprime plus et même malgré cette compression. Aussi, malgré les deux ou trois succès que compte cette pratique, les accoucheurs ont-ils reconnu que la compression doit être insuffisante

dans le plus grand nombre des cas, et qu'elle expose surtout à perdre un temps précieux.

Nous pensons cependant que cet arrêt contre la compression n'est pas tout à fait sans appel. Si l'on trouvait le moyen d'assurer cette compression et de la rendre permanente, on finirait certainement par obtenir la formation d'un caillot. Or, depuis quelques mois l'art chirurgical s'est enrichi d'un agent plastique qui nous semble appelé à rendre de grands services, nous voulons parler du *collodion.* Ne pourrait-on pas, après avoir suspendu momentanément l'hémorrhagie au moyen d'une compression exercée entre l'index et le pouce comme pour les piqûres de sangsues, ne pourrait-on pas mettre une petite boulette de coton dans l'ouverture de l'ombilic et couvrir le tout d'une couche épaisse de collodion ? Ce qui nous fait penser qu'on réussirait probablement, c'est que dans un cas d'hémorrhagie ombilicale, chez un enfant de huit jours, dont le cordon n'était pas encore tombé, M. Hill, suivant en cela le précepte donné par M. Churchill, après avoir suspendu l'hémorrhagie à l'aide d'une douce compression, coula sur l'ombilic une couche épaisse de plâtre de Paris, en ayant l'attention de boucher avec de nouveau platre les fissures qui se produisaient à mesure que la première couche séchait sur l'abdomen. Le tout fut maintenu par un bandage, et enlevé quatre jours après. Cette pratique fut suivie d'un plein succès. Le moule offrait des saillies en rapport avec les orifices béants des vaisseaux dans lesquels le plâtre avait pénétré. Il est bien entendu toutefois que si l'hémorrhagie était abondante, surtout si on était forcé de quitter le petit malade, il faudrait abandonner la compression pour un moyen plus sûr, dès que le sang reparaîtrait.

Ce que nous venons de dire de la compression, nous pouvons le dire aussi de la *cautérisation.* Praticable seulement dans les cas où l'on peut apercevoir le point de départ de l'hémorrhagie, elle serait des plus dangereuses si l'on voulait agir sur une large surface et trop profondément. On peut, sans aucun doute, essayer les caustiques peu énergiques, tels que le nitrate d'argent ; mais, certainement, le praticien donnera toujours la préférence au cautère actuel, dont il est si facile de limiter l'action. Un stylet rougi à blanc, porté sur le point qui paraît fournir l'hémorrhagie, suffira souvent ; mais nous pensons que pour cette cautérisation, comme pour la compression, l'efficacité doit en être assurée par l'application d'une couche de collodion.

Si, malgré ces moyens, l'hémorrhagie continue, ou si le médecin ne peut rester auprès du petit malade pour surveiller les résultats du traitement, il ne doit pas hésiter à pratiquer la ligature. Ici, il a à choisir entre trois méthodes : la *ligature immédiate,* c'est-à-dire,

pratiquée sur le trajet des vaisseaux ombilicaux préalablement mis à nu par une incision, ligature qui nous paraît, à cause de ses difficultés, devoir rester à l'état de théorie; la *ligature du tubercule ombilical,* moyen séduisant au premier abord, mais dont l'expérience et un examen attentif des parties ne confirment pas les bons résultats, sans compter que le tubercule ombilical n'existe pas constamment; enfin, la *ligature en masse*. C'est, évidemment, à ce dernier procédé qu'on doit avoir recours, et M. le professeur P. Dubois a rendu, par son application, un nouveau et véritable service à la science obstétricale.

Voici le procédé qui est suivi par M. le professeur Dubois : l'enfant est couché sur un lit ou sur une table à une hauteur convenable pour le chirurgien; un oreiller, placé sous les reins, fait saillir l'abdomen, et deux aides sont chargés de maintenir immobiles les membres supérieurs et inférieurs. L'opérateur commence par introduire horizontalement de gauche à droite une épingle à bec-de-lièvre, qui traverse les téguments à la base de l'ombilic. A l'aide d'une anse de fil passée au-dessous de cette épingle, il soulève les téguments; puis une autre épingle est introduite perpendiculairement à la première et au-dessous d'elle. Il fait ensuite plusieurs 8 de chiffre autour de chaque épingle, et, pour compléter la ligature, il entoure également de fil ciré la base de l'ombilic. L'hémorrhagie s'arrête immédiatement. Si, quelques heures après, on voit suinter un peu de sang par les angles de la plaie le long des épingles, il suffit de faire deux nœuds sur la peau qui entoure l'épingle, pour voir le suintement s'arrêter. Peut-être réussirait-on aussi bien avec une couche de collodion sur la ligature et sur les piqûres. On peut enlever les épingles vers le quatrième ou cinquième jour; mais il faut attendre que l'escarre se détache d'elle-même, et ne rien faire pour en hâter la chute.

En résumé, dans le traitement des hémorrhagies ombilicales chez le nouveau-né, on peut employer la compression et la cautérisation modifiées, et la ligature en masse; la dernière surtout, qui offre sur les deux autres une supériorité réelle. Mais, quelle que soit la méthode qu'on emploie, il ne faut pas perdre de vue que le succès sera d'autant plus assuré que l'on agira de meilleure heure, et que l'on surveillera avec plus d'attention les suites du moyen employé.

CHIMIE ET PHARMACIE.

FORMULES DIVERSES.

(Suite (1).)

Sulfure de carbone (carbure de soufre, liqueur de Lampadius).

Le sulfure de carbone est un liquide neutre aux réactifs, plus lourd que l'eau (1,26), incolore. Il entre en ébullition à + 47°, se volatilise et s'enflamme avec une grande facilité. Sa saveur est piquante et désagréable; son odeur très-pénétrante a quelque chose d'alliacé.

Ce corps, dont on fait usage depuis quelque temps en chirurgie comme dissolvant du gutta-percha, se produit lorsqu'on chauffe au rouge du soufre avec du charbon.

Le sulfure de carbone, indépendamment de son action altérante sur le sang, agit dans l'économie animale comme excitant diffusible énergique, en augmentant l'activité du système circulatoire et nerveux, développant la chaleur et provoquant les sécrétions cutanées et rénales. Son administration à dose trop élevée peut déterminer une irritation locale de l'estomac et occasionner en outre une sorte de narcose en produisant un état congestif du cerveau. C'est sans doute en partie ce motif, joint à d'autres analogies, qui l'a fait employer comme anesthésique. Mais indépendamment de l'inconvénient qui résulte de son odeur repoussante, l'inhalation du sulfure de carbone doit être rejetée à cause de l'action irritante qu'il exerce sur la muqueuse bronchique.

Le sulfure de carbone a été préconisé d'abord par Lampadius qui le découvrit en 1796, et plus récemment par Schweigger, Otto, etc., dans le traitement de la goutte et du rhumatisme. Le professeur Wutzer, de Bonn, l'a prescrit comme emménagogue, sous la forme suivante :

Sulfure de carbone........ 4 grammes.
Dissolvez dans
Alcool rectifié........... 15 gram.

Renfermez dans un flacon bouché à l'émeri.

4 à 6 gouttes toutes les deux heures dans de l'eau sucrée. Toutefois le meilleur véhicule de ce corps est le lait avec lequel il se mélange fort bien.

Employé pur à l'extérieur le sulfure de carbone, lorsqu'on l'applique directement sur la peau, y détermine une hypérémie mordicante avec stase inflammatoire, qui, du reste, n'est pas persistante; on a néanmoins proposé son emploi dans le traitement des brûlures au premier

(1) Voir les livraisons des 30 août et 15 et 30 septembre.

degré à cause de la réfrigération considérable que produit sa prompte volatilisation. Krimmer l'a employé dans le traitement des tumeurs blanches, en laissant tomber trois fois par jour 40 à 50 gouttes de sulfure sur l'articulation malade, en enveloppant ensuite cette partie d'une peau de cygne.

On en a fait également usage en liniment à la dose de 8 grammes dans 15 grammes d'huile d'amande pour frictionner les parties prises de goutte et de rhumatisme. L'emploi de ce corps sulfuré rendrait sans doute aussi d'utiles services dans le traitement de la gale.

Turnbull a recours à ses vapeurs mélangées avec celles de l'iode, et appliquées en douches locales dans le traitement des affections oculaires torpides et de certaines maladies de l'oreille. On l'a conseillé encore contre les gonflements érysipélateux produits par les engelures, usage pour lequel nous indiquons la formule suivante :

Sulfure de carbone.........	8,0 grammes.
Camphre................	0,3
Alcoolat de Fioventi.......	30,0
Baume du Pérou..........	4,0

Frictions matin et soir.

CITRATE DE FER ET DE MAGNÉSIE.

On le prépare en dissolvant d'abord de l'oxyde ferrique hydraté fraîchement précipité dans une solution d'acide citrique, saturant ensuite la liqueur par du carbonate magnésique, puis évaporant à siccité. Ce sel se présente en écailles brunes, brillantes, d'une saveur douceâtre très-faiblement atramentaire, qui n'a rien de désagréable. Il est parfaitement soluble dans l'eau, et a sur le ferrocitrate d'ammoniaque l'avantage de n'être point déliquescent, ce qui permet de l'employer sous forme de poudre. De plus, il ne produit point la constipation que détermine l'usage de la plupart des autres ferrugineux.

Dose et forme. — Trois, six à douze grains en solution. On l'administre également en poudres ou en pilules.

Nous avons pris ce sel pour base de quelques préparations pharmaceutiques dont voici les formules :

SIROP DE CITRATE DE FER ET DE MAGNÉSIE.

Citrate de fer et de magnésie.....	8 gramm.
Dissolvez dans :	
Eau de fleurs d'oranger.........	16

Sirop simple.................. 180
M.

Ce sirop forme l'une des préparations ferrugineuses les plus agréables.

SACCHARURE DE CITRATE DE FER ET DE MAGNÉSIE.

Citrate de fer et de magnésie...... 4 gramm.
Sucre en poudre.............. 30
Poudre d'écorces de cannelle..... 4
Mêlez, divisez en doses de 0,75.

TABLETTES DE CITRATE DE FER ET DE MAGNÉSIE.

Citrate de fer et de magnésie..... 2 gramm. 40 centigr.
Sucre en poudre.............. 34
Saccharure de vanille........... 2
Mucilage de gomme adragante.... q. s.
pour faire des tablettes de 0,75.

EAU ET ESSENCE DE MOUTARDE NOIRE.

Heusler indique, pour la préparation de l'eau distillée de moutarde, la formule suivante :

Semences de moutarde noire contusées.... 2000 gramm.
Esprit-de-vin rectifié.................... 250
Eau froide, quantité suffisante pour obtenir
par distillation 1100 grammes de produit.

L'huile essentielle, qui constitue le principe actif de cet hydralcoolat, ne préexiste point toute formée dans la graine de moutarde, et ce n'est que sous l'influence de l'eau froide que l'acide myronique et la myrosine contenus dans ces semences, en réagissant l'un sur l'autre, donnent naissance au principe volatil. L'alcool met obstacle à la production de ce phénomène, analogue à celui qui fournit l'essence d'amandes amères ou l'essence d'ail ; il convient donc de laisser d'abord se développer l'huile essentielle par la macération préalable des semences avec l'eau seule, et de n'ajouter l'alcool que peu de temps avant la distillation.

Geiger privait d'abord, par expression à froid, les semences contusées de moutarde noire, de l'huile fixe qu'elles renferment ; il versait ensuite en plusieurs fois, sur quatre livres de tourteau, seize livres d'eau froide, et laissait macérer pendant douze heures, en vase clos, la matière ainsi humectée qu'il agitait à plusieurs reprises ; il l'introduisait ensuite dans l'alambic et distillait au bain de chlorure de calcium, c'est-à-dire à $+179^{\circ},5$, pour recueillir quatre livres de produit.

Après avoir agité l'eau ainsi obtenue, afin d'opérer la dissolution de toute la quantité d'huile qu'elle peut prendre, on l'abandonne au repos, puis on la décante pour en séparer, s'il y a lieu, l'huile essentielle plus pesante, qui pourrait s'être déposée. Elle doit être conservée en lieu frais, dans des flacons de médiocre capacité et parfaitement bouchés.

L'eau préparée d'après ce procédé constitue une solution saturée d'essence de moutarde, et renferme à peu près une partie de ce principe volatil pour 500 parties d'eau.

Nees d'Esenbeck l'a préconisée le premier, comme propre à remplacer avec avantage les sinapismes de farine de moutarde, lorsqu'il s'agit d'obtenir une révulsion prompte et énergique. Des linges imbibés de cet hydrolat, et appliqués sur la peau, y déterminent en peu de temps une rubéfaction intense. — Ebermayer l'a prescrite avec succès en frictions dans le traitement du choléra épidémique, et J. Fontenelle recommande les lotions pratiquées avec l'eau de moutarde comme remède efficace contre la gale. A l'intérieur, elle agit comme antiscorbutique et stimule les organes digestifs, en excitant le mouvement péristaltique des intestins ; on en a obtenu également de bons effets dans le traitement des flux atoniques des muqueuses vésicale, bronchique ou intestinale.—Wolf emploie l'essence de moutarde en émulsion avec succès dans l'anorexie produite par un embarras muqueux. Il a recours à la formule suivante :

Essence de moutarde..........	0 gramm. 10 centigr.
Gomme arabique en poudre......	15
Sucre......................	8
Eau de fenouil................	180

M.

Toutes les heures, une cuillerée à soupe.

L'eau de moutarde donne, par le deuto-chlorure mercurique, un précipité blanc, floconneux ; l'azotate d'argent la colore en brun jaunâtre et ne donne lieu qu'à un léger dépôt ; le chlorure aurique y détermine, au bout de quelque temps, un précipité jaune sale ; et lorsqu'on soumet à l'ébullition cette eau additionnée de quelques gouttes du réactif, il s'y forme un dépôt d'or réduit, dont la proportion est relative à la quantité d'huile essentielle que contenait l'hydrolat. L'azotate de mercure y détermine un trouble grisâtre, et le chlorure platinique une opalescence jaune orangé.

L'essence, que l'on obtient par un procédé analogue à celui que l'on suit pour la préparation de l'eau distillée, constitue, étant directement recueillie, un liquide de couleur ambrée qui se fonce par le temps, même

lorsqu'on le conserve en vase hermétiquement clos : on l'obtient incolore en la rectifiant.

Vingt-six livres de bonne graine de moutarde fournissent environ trente gros d'huile volatile. Cet éthéroléide possède une odeur forte très-irritante ; il a une saveur âcre et brûlante extrêmement prononcée. L'essence de moutarde est très-soluble dans l'alcool et dans l'éther; l'eau n'en dissout, comme nous l'avons vu, qu'environ 1/500e; elle a pour densité 1,015 et bout à 143°.

On a proposé, comme révulsif externe puissant, une solution alcoolique d'essence de moutarde, dans les proportions d'une partie d'huile volatile sur 12 à 20 parties d'alcool à 85°. L'application de cet alcoolé sur la peau, au moyen d'un linge et mieux d'une flanelle ou d'un morceau d'amadou que l'on en humecte, détermine en peu d'instants une vive rubéfaction, suivie quelquefois de phlyctènes. Il est bon, dans ces cas, de recouvrir la compresse de taffetas ciré, afin d'éviter l'inconvénient que présentent ses vapeurs d'irriter la conjonctive en excitant le larmoiement. Quelques gouttes d'éther ou une solution de chlorure sodique suffisent pour calmer, lorsqu'elle est trop vive, la douleur qui pourrait résulter de cette application.

Les effets dérivatifs que le médecin cherche à obtenir dans les cas, souvent extrêmes, où il a recours à la médication révulsive, exigeant une action prompte et décisive, il serait à désirer que l'on substituât désormais l'usage de l'alcoolé ou de l'eau distillée de moutarde à celui des sinapismes, qui, la plupart du temps, sont à peu près inertes, presque constamment mal préparés, souvent encore fournis par des farines impures ou surannées, et toujours à coup sûr malpropres et incommodes pour le malade (1).

Disons encore que l'essence de moutarde, employée seule ou plutôt en solution par parties égales d'éther, pourrait, comme vésicatoire, remplacer, en certaines circonstances, les épispastiques cantharidés ; mais c'est ordinairement sous forme de liniment, dans les cas d'algies rhumatismales, qu'on la met en usage. On pourrait, à cet effet, faire emploi de la pommade rubéfiante dont voici la formule :

Essence de moutarde......................	2	gramm.
Axonge................................	45	

(1) Malgré les avantages que semble, en effet, présenter *à priori* l'emploi thérapeutique de l'huile essentielle et de l'eau distillée de moutarde sur cette substance elle-même, ces produits, à peine expérimentés par nos praticiens, sont complétement abandonnés en France.

D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

UN MOT SUR UN ÉRYSIPÈLE IDIOPATHIQUE ET UNE CONGESTION CÉRÉBRALE CONCOMITANTE.

La fréquence de la rétrocession des maladies qui affectent spécialement la peau était un point de doctrine auquel les médecins du siècle dernier accordaient une influence beaucoup trop étendue ; notre manière d'observer plus attentive nous a permis de constater que dans un grand nombre de ces cas il n'y avait qu'un développement successif de deux affections distinctes. Le fait suivant nous en semble un exemple remarquable.

Obs. Claude Grosperrin, âgé de vint-deux ans, soldat au 67ᵉ régiment d'infanterie de ligne, est d'une constitution lymphatico-sanguine. Cet homme, quoique d'une bonne santé habituelle, avait l'habitude, dans son pays, de se faire saigner chaque printemps. Quoique depuis deux années qu'il est entré au service on ne lui ait pratiqué aucune émission sanguine, il a continué à se bien porter jusqu'au 10 juin, époque à laquelle il entra à l'hôpital militaire de Mont-Dauphin pour un érysipèle idiopathique. De la fièvre, de l'insomnie, de la rougeur, avec tuméfaction des téguments de la partie gauche et supérieure de la face, tel était l'état du malade lorsqu'il se présenta à notre observation.

La diète, une saignée, de l'eau d'orge miellée, des frictions mercurielles sur les parties malades, furent la seule prescription nécessaire. La résolution fut bientôt obtenue, et quelques jours après il ne restait qu'un peu de faiblesse qui retint le malade dans notre hôpital. Le 24, sa sortie lui fut accordée sur sa demande.

Vers le mois d'août, ce militaire se présenta à la consultation, se plaignant de maux de tête et d'étourdissements ; le pouls était plein, dur et fréquent ; nous proposâmes une saignée du bras, qui fut pratiquée aussitôt. Le 3 septembre, Grosperrin se fit porter malade; nous allâmes le visiter au quartier, et le trouvâmes atteint d'un nouvel érysipèle à la face. Il entra le même jour dans notre hôpital, où il fut soumis au traitement qui lui avait si bien réussi, les frictions mercurielles. Déjà nous nous applaudissions du succès, lorsque le troisième jour de son entrée à l'hôpital ce malade éprouva dans la nuit des convulsions : l'infirmier de garde et les voisins nous confirmèrent, à la visite du matin, qu'il avait été fort agité et qu'il avait jeté des cris.

La face était pâle, le pouls, cependant, pas plus fréquent qu'à l'état normal ; il y avait de l'abattement, de la tristesse, de l'inappétence ; la

langue était blanchâtre, sèche. (Diète, infusion de tilleul, lavement émollient, bain de pieds sinapisé.) Dans la journée il y eut deux autres accès, et, témoin de l'un d'eux, il nous parut avoir tous les caractères de l'épilepsie, bien que ce malade n'en eût jamais eu d'atteinte ; l'accès terminé, il ne conserva aucun souvenir de ce qui s'était passé, bien qu'il parût en proie à une violente anxiété.

Le lendemain et les jours suivants, ces accès se multiplièrent et se succédèrent rapidement; les saignées générales et locales répétées, les boissons délayantes, les potions antispasmodiques, les révulsifs sur les extrémités restaient sans action, et l'état du malade s'aggravait de plus en plus ; un délire furieux survint, auquel succéda un profond assoupissement. Nous remarquâmes alors la perte de sensibilité des membres pelviens, puis la perte de tout mouvement de la cuisse et de la jambe gauches. Le malade laissait tout aller sous lui ; il était dans une position tellement désespérée, que M. l'aumônier de l'hôpital jugea urgent de l'administrer; la paralysie s'étendit au membre thoracique du même côté. Tel était son état au douzième jour de la maladie, lorsque le quatorzième au matin, le malade ouvrit les yeux, prononça quelques mots, demanda à boire. Dès ce moment, chaque jour amena une nouvelle amélioration; l'appétit revint, augmenta, et sembla devenir insatiable. Mais l'hémiplégie subsistait toujours malgré l'administration de la strychnine, les frictions avec le liniment alcalin très-chargé, la teinture de cantharides, les vésicatoires sur le trajet de la colonne vertébrale et l'établissement d'un séton à la nuque. Vers les premiers jours de novembre, à sa grande joie, le malade put exécuter de légers mouvements de la cuisse et de la jambe, et ne tarda pas, avec l'aide d'un bras étranger, à faire quelques pas dans la salle. Aujourd'hui, 20 du même mois, il soulève le bras, meut la main et serre assez fortement les objets qu'on lui présente ; tout nous fait espérer maintenant un prompt et complet rétablissement.

Ces accidents formidables que nous avons eu à combattre ne sauraient être l'effet d'une brusque rétrocession de l'érysipèle déterminée par l'application de la pommade mercurielle.

Déjà le malade avait été traité de son premier érysipèle par cette méthode, sans qu'aucun accident se manifestât; enfin, chaque jour, l'onguent napolitain ou l'axonge pure sont employés avec succès dans cette maladie, comme moyens résolutifs ou calmants, sans que leur usage ait été jamais suivi de rétrocession. Nous ferons remarquer qu'au début du second érysipèle dont ce militaire a été affecté, il se manifesta dès le mois d'août une tendance congestive vers la tête, qui pouvait faire prévoir le développement plus ou moins prochain d'accidents

cérébraux. Ce sont eux qui ont continué le troisième jour de l'entrée de Gros-Perrin à l'hôpital, et qui se sont manifestés ensuite par l'état du pouls, puis par les symptômes convulsifs arrivant jusqu'au caractère épileptiforme et faisant place, enfin, à des accidents de paralysie déterminés sans doute par une suffusion séro-sanguinolente, qui s'est dissipée sous l'influence du traitement énergique que nous avons employé.

Nous ne pouvons donc voir chez ce malade qu'une coïncidence morbide, dans laquelle les phénomènes cérébraux ont, en s'aggravant, amoindri ceux de l'enveloppe cutanée, suivant la loi si bien formulée par le père de la médecine : *duobus doloribus, non in eodem loco, simul obortis, vehementior obscurat alterum.*

Si cette observation comporte l'intérêt pratique que je lui prête, veuillez avoir l'obligeance de lui donner place dans votre intéressante publication.

CHABONEAU, D. M.
à Mont-Dauphin.

BIBLIOGRAPHIE.

Études sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tartre stibié, par EUG. BONAMI, D. M., médecin des épidémies de l'arrondissement de Nantes, médecin suppléant à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

En mettant au concours la question de l'influence du tartre stibié sur l'organisme humain, le *Bulletin de Thérapeutique* a montré qu'il sait quelles sont les questions dont la solution importe le plus à la pratique médicale ; et en couronnant le Mémoire de M. le docteur Bonami, il a prouvé que l'impartialité n'est point le privilége exclusif des corps savants officiels. Nous avons lu avec un intérêt soutenu ce travail remarquable. C'est là, sans doute, une question qui tient trop intimement à l'art, pour qu'elle n'ait point été déjà l'objet de recherches approfondies ; mais, il faut le reconnaître, quel que soit le mérite de ces recherches, souvent elles portent l'empreinte de préoccupations théoriques qui nuisent aux conclusions que leurs auteurs en ont tirées, et jettent l'indécision dans l'esprit par les résultats contradictoires auxquels elles aboutissent. En reprenant ce problème et l'abordant en simple praticien, M. Bonami était placé dans les meilleures conditions pour en donner la solution la plus conforme aux réalités de la pratique. Pour arriver à ce but, il lui a suffi d'étudier tous les travaux antérieurs qui avaient traité cette question, et d'en soumettre les résultats au critérium de sa propre observation : c'est ce qu'il a fait, et, nous le croyons, avec un véritable succès.

M. Bonami débute dans son travail par l'étude des effets physiologiques et pathologiques du tartre stibié : dans cette première série de recherches, l'auteur s'appuie principalement sur les travaux des auteurs qui l'ont précédé ; mais là même, il apporte un esprit de critique remarquable, et qui donne aux conclusions auxquelles il s'arrête une incontestable valeur. Dans un deuxième chapitre fort étendu, le médecin de Nantes traite de l'emploi du tartre stibié dans les diverses maladies. Si l'auteur n'avait pas su ici restreindre son cadre, il est évident qu'il eût pu parcourir tout le cercle de la pathologie, car il n'est pas une affection, peut-être, dans laquelle quelque esprit aventureux n'ait eu recours à ce puissant modificateur de l'organisme souffrant. Avec ce bon sens que la pratique médicale ne manque pas de donner à ceux qui s'y livrent après des études suffisantes, M. Bonami a su, dans cette direction, borner ses recherches aux maladies dont le traitement appelle le plus légitimement l'application des préparations antimoniales. Nous n'avons pas besoin de dire que l'affection qui se place en première ligne sous ce rapport, c'est la pneumonie ; aussi M. Bonami traite-t-il cette question dans tout son livre, et non pas là seulement. Dans ce chapitre, il étudie principalement l'action du tartre stibié dans les pneumonies qui se spécialisent par quelques circonstances particulières ; il en étudie encore l'action dans la bronchite, la pleurésie, la grippe, le croup, la coqueluche, l'apoplexie pulmonaire et l'hémoptysie, dans la phlébite, dans les fièvres intermittentes, dans les diverses maladies de l'appareil nerveux, dans diverses affections du tube digestif, etc. Là, partout, l'auteur montre qu'il a beaucoup vu et bien vu : tout ce qu'il a appris didactiquement, si nous pouvons ainsi parler, il l'a réappris empiriquement. Dans un troisième chapitre, non moins intéressant que ceux qui précèdent, l'auteur examine et discute les conditions d'opportunité du médicament, les constitutions médicales, et les contre-indications. Enfin, dans les trois derniers chapitres, il traite tour à tour du mode d'action du tartre stibié suivant les diverses formules d'après lesquelles il est employé, de son mode d'administration ; et il rapporte *in extenso* un certain nombre d'observations particulières qui lui ont paru les plus propres à mettre en relief les vérités pratiques qu'il s'est efforcé d'établir. Nous ne saurions, sans dépasser les limites dans lesquelles nous devons nous renfermer, reproduire toutes les conclusions partielles auxquelles M. Bonami est arrivé, et qui nous paraissent judicieuses. Nous nous contenterons de dire, relativement à la question capitale de ce travail, que l'auteur regarde le tartre stibié, employé à doses modérées et combiné dans une juste mesure avec les émissions sanguines, comme l'ancre de salut dans

la pneumonie. Pour nous, nous acceptons complétement cette conclusion. Nous croyons encore, avec l'habile médecin de Nantes, que c'est mal comprendre l'action de cette médication, dans ce cas, que de lui attribuer une influence simplement révulsive ; nous estimons, quant à nous, que ceux qui soutiennent cette opinion, ont mal vu, n'ont point vu, ou bien ont vu à travers la berlue colorante de Sauvage, *suffusio colorans.*

Quant aux conclusions plus générales de l'auteur, nous ne pouvons les mieux faire connaître qu'en citant textuellement ce passage qui termine son livre, et qui terminera en même temps cette notice :

« Il me paraît résulter de l'ensemble des documents contenus dans ce Mémoire, que, dans beaucoup de maladies, le tartre stibié a été employé d'une manière banale et malencontreuse ; que très-souvent il a été administré avec une prodigalité tout à fait propre à justifier le fameux anathème porté contre lui en d'autres temps ; qu'il est propre, cependant, à remplir de nombreuses, d'importantes indications, et, ce qui est précieux, qu'il peut les remplir à des doses modérées, qui mettent à l'abri des accidents graves mentionnés dans différentes parties de ce Mémoire. »

BULLETIN DES HOPITAUX.

Influence de la grossesse et de l'accouchement sur la marche du choléra. — Dans nos derniers numéros, nous avons étudié d'une manière spéciale l'influence de certaines complications, de la suette, de la méningite cérébro-rachidienne, sur la marche du choléra-morbus. Nous avons recherché les circonstances dans lesquelles se produisent ces complications et les modifications réciproques qui en résultent dans la marche des deux maladies. Aujourd'hui nous voulons dire quelques mots de l'influence de la grossesse. Dans la première épidémie de choléra, on avait fait la remarque que les femmes enceintes échappaient en général aux atteintes de la maladie. Dans l'épidémie de 1849, cette immunité ne s'est plus retrouvée. Bon nombre de femmes enceintes ou récemment accouchées ont été prises du choléra, et comme les résultats observés par les divers médecins n'ont pas été identiques, il en est résulté une grande division d'opinions, relativement à l'influence réciproque du choléra et de la grossesse ou de l'accouchement.

Un fait incontestable et le premier de tous à établir, c'est que ni la grossesse, ni l'accouchement ne mettent les femmes à l'abri du choléra. Nous allons plus loin, et nous pouvons dire, par ce que nous avons

vu dans les hôpitaux, que les femmes enceintes et accouchées, les dernières surtout, doivent à l'état particulier dans lequel elles se trouvent, une disposition spéciale à la maladie ; en même temps que l'affection cholérique acquiert chez elles un haut degré de gravité, analogue à ce qu'on observe en toute circonstance chez des femmes affaiblies par des souffrances ou des maladies antérieures. Mais là n'est pas surtout la question. Il s'agit de savoir si le choléra ne peut pas, dans certains cas, déterminer prématurément le travail de l'accouchement ou même l'avortement, et quelles sont les conséquences, pour la mère et pour l'enfant, de ce travail prématuré ; s'il n'y aurait pas lieu enfin, dans certains cas, ainsi qu'on en a fait la proposition formelle, de provoquer chez les femmes enceintes le travail de l'accouchement ou de l'avortement, afin de suspendre la marche de la maladie cholérique.

Sur le premier point, notre réponse est tout entière dans les faits. Oui, le choléra peut provoquer dans certains cas l'accouchement prématuré et même l'avortement. Mais ce dernier cas est rare, et ce qui nous paraît résulter du dépouillement de faits nombreux, c'est que plus la femme est arrivée à un terme rapproché de la fin de la grossesse, et plus il y a à craindre de voir survenir le travail. Maintenant, de quoi dépend l'établissement prématuré des contractions utérines ? Comment se fait-il que de deux femmes aussi gravement atteintes l'une que l'autre et parvenues à la même période de la grossesse, l'une avortera ou accouchera prématurément, tandis que l'autre parcourra, souvent jusqu'à la mort, toutes les phases de la maladie sans que le travail s'établisse ? Voilà ce qu'il est impossible pour le moment d'expliquer. Le fait existe, et c'est seulement ce qu'il importe de savoir.

L'expulsion du fœtus s'opère-t-elle avec la même régularité que chez la femme bien portante et au terme naturel de la grossesse ? Poser cette question, c'est y répondre : le travail doit être long, difficile, laborieux ; seulement cette lenteur ne paraît pas influencée notablement par la marche de la maladie ; elle est bien plutôt en rapport avec le défaut de préparation des parties et la faiblesse de la malade dont les contractions musculaires viennent bien peu en aide aux contractions utérines. Pour l'enfant, le résultat est en général déplorable ; les trois quarts des enfants sont venus morts, et le dernier quart dans un état d'affaiblissement tel qu'on a eu bien de la peine à les ranimer et qu'ils périssent presque tous très-rapidement. On a même parlé d'enfants qui auraient été pris d'accidents cholériques après leur naissance, et qui y auraient succombé.

Que deviennent les femmes pendant et après le travail de l'accouchement ? D'abord, il est peut-être sans exemple d'avoir vu survenir

le travail dans la période algide ; c'est dans la période de réaction que les douleurs commencent à s'établir, et que, d'abord légères, elles finissent par acquérir tous les caractères des douleurs expulsives. Pendant le travail, les malades paraissent peu souffrir ; elles sont accablées, sans assoupissement et sans crampes, et les excrétions alvines sont sinon suspendues, du moins fortement diminuées ; mais à partir du moment où l'accouchement a eu lieu, la prostration fait des progrès, de sorte qu'elles se refroidissent de nouveau ou bien tombent dans l'état comateux ; les vomissements et les évacuations reparaissent, et elles ne tardent pas à succomber. Chez les femmes qui sont très-près du terme de leur grossesse, les suites du travail sont moins à craindre, et si le choléra n'est pas trop grave, si surtout elles ne se refroidissent pas, et si la lactation s'établit, elles peuvent arriver à la convalescence ; et dans certains cas heureux, lorsque l'accouchement n'a pas été long, l'enfant peut vivre.

Ce sont ces derniers faits, exceptionnels certainement, qui ont porté quelques personnes à considérer l'accouchement comme un accident favorable et qui en ont conduit d'autres à proposer l'accouchement ou l'avortement provoqué. Une telle proposition nous semble reposer sur une appréciation bien peu précise à la fois de la manière de provoquer le travail et des suites du choléra. Il faut, pour provoquer l'accouchement, au moins douze heures, c'est-à-dire un temps plus que suffisant pour employer des moyens de nature à ranimer la femme et à la ramener à la convalescence ; pour l'avortement, le temps est bien autrement considérable. Enfin, nous ne voyons guère comment les douleurs et les pertes sanguines qui suivent l'accouchement naturel et surtout l'avortement pourraient être utiles pour faire cesser l'affaiblissement qu'entraîne le choléra lui-même. Que des femmes aient pu survivre à une pareille complication, rien de mieux ; seulement c'est un fait heureux et exceptionnel ; mais qu'on veuille baser sur des faits de cette nature un plan de conduite général, c'est ce que nous ne saurions approuver.

Un mot encore : après les considérations que nous venons de développer sur la gravité de cette complication de la grossesse et de l'accouchement, sur la prédisposition malheureuse des femmes enceintes et récemment accouchées, nous croyons avoir à peine besoin de dire que les accoucheurs doivent, en temps de choléra, se tenir en garde contre les accidents prodromiques, qu'ils débutent avant, pendant ou après le travail. De cette manière, ils sauveront à leurs malades des accidents trop souvent funestes et à eux-mêmes de profonds regrets.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

CANCER DU COL UTÉRIN (*Sur la conduite à tenir pendant l'accouchement dans le cas de*). On sait que la dégénérescence cancéreuse de l'utérus n'est pas un obstacle insurmontable à l'imprégnation; mais on sait aussi que lorsque cette dégénérescence occupe le col utérin et que la grossesse est arrivée à son terme, il en résulte un obstacle à la délivrance tel, que l'art est le plus souvent forcé d'intervenir pour terminer l'accouchement. Le pronostic est en général très-grave pour la mère et pour l'enfant; ainsi sur 27 femmes dont Puchelt a recueilli l'observation, 5 moururent pendant le travail, 9 peu après l'accouchement, et 10 se rétablirent. Si la dégénérescence est peu avancée, si l'état général de la femme n'est pas gravement altéré, si surtout la maladie est peu étendue ou la tumeur peu volumineuse, le danger est moins grand et l'expulsion du fœtus peut se faire assez régulièrement. Il est rare toutefois que l'accouchement se termine seul; tout au plus si la tumeur est peu volumineuse, si surtout la lèvre postérieure est seule malade, si le bassin est largement conformé, peut-on espérer que les efforts de la nature suffiront à l'expulsion du fœtus. La version ou l'application du forceps, conseillée par quelques accoucheurs, ne sont évidemment praticables qu'autant que le bistouri a ouvert une voie à travers le col utérin. Sans cette précaution, on s'exposerait à voir le col se déchirer et les fissures s'étendre au vagin et au corps même de l'utérus, sinon même à voir le corps de l'utérus se déchirer dans une plus ou moins grande étendue. Aussi les accoucheurs ont-ils généralement proposé de pratiquer des incisions multiples sur le pourtour de la masse cancéreuse. Ne vaudrait-il pas mieux, dans certains cas, lorsque surtout le col est le siége d'une tumeur circonscrite, pratiquer l'incision de cette tumeur? et cette incision ne serait-elle pas plus facile et plus convenable que l'incision dans certains cas particuliers? C'est ce qu'il est permis de croire d'après le fait suivant :

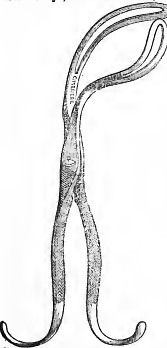
Une dame de trente-huit ans, mariée et habituellement bien portante, mère de plusieurs enfants, vint consulter M. Arnott au commencement de 1844, pour une tumeur de la matrice dont elle désirait se faire débarrasser. La lèvre antérieure du col utérin était hypertrophiée et indurée, sa surface généralement lisse ; mais l'orifice, rugueux et granuleux à l'intérieur, offrait l'aspect d'une simple fente. Au-dessus de cet engorgement, le col avait son aspect normal; l'examen n'était pas douloureux et ne fournissait pas d'écoulement sanguin. Depuis cinq mois elle avait cessé d'être réglée, quoique de temps en temps elle perdît quelques gouttelettes de sang. Elle était effectivement enceinte, et on remit toute opération après l'accouchement. Le 2 mars suivant, M. A. fut appelé auprès de cette dame. Le travail avait commencé deux jours auparavant par l'écoulement des eaux ; mais la tête n'avait pas fait de progrès par suite de l'état de contraction du col utérin et de la résistance offerte par la tumeur, et il fallait agir sous peine de compromettre la vie de la malade. Le toucher fit reconnaître une tumeur dure et irrégulière, de forme ovale, du volume d'une petite noix, occupant la lèvre antérieure et le côté droit du col utérin, parfaitement circonscrite par les tissus sains ; la lèvre postérieure était molle et mince, et le col dilaté pouvait recevoir les deux doigts ; mais, depuis plusieurs heures, la dilatation n'avait pas fait de progrès. L'utérus et la portion dilatée du col s'étaient abaissés presque jusqu'à l'orifice externe des parties génitales. M. A. n'hésita pas; il saisit la tumeur avec les pinces de Lisfranc et voulut l'abaisser pour en faire la section avec le bistouri ; mais ne pouvant y parvenir, il introduisit des ciseaux courbes dans le vagin, et les guidant sur ses doigts, il dégagea la tumeur à petits coups, en coupant dans les tissus sains. Dans cette opération, la malade ne perdit pas une cuillerée de sang. Immédiatement après, le col se dilata si uniformément, qu'on eût eu peine à distinguer le point excisé. Un quart d'heure après, la malade mettait au monde un enfant vivant. Le rétablissement fut rapide et la ma-

lade put reprendre ses occupations; mais des hémorrhagies utérines survinrent de temps en temps, une autre tumeur se développa dans la lèvre postérieure, et seize mois après l'accouchement, cette dame succombait à tous les signes d'un cancer de l'utérus. (*Med. chir. trans.* et *Arch. de med.*, août 1849.)

CORYZA (*Injections de sulfate de zinc dans les fosses nasales, comme moyen abortif et curatif du*). C'est en général une affection d'une bien petite importance que le coryza. Il n'est pas douteux cependant que, chez certaines personnes, le coryza acquiert une intensité telle qu'il constitue une véritable maladie. De la céphalalgie, de la fièvre, de la chaleur à la peau, du larmoiement, de la surdité viennent parfois le compliquer, de sorte que, si le plus souvent le médecin n'est pas consulté, il arrive aussi que les malades réclament les secours de l'art tant pour les soulager à un moment donné, que pour leur fournir les moyens de faire avorter la maladie à l'époque où elle survient. On a proposé divers moyens pour faire avorter le coryza et pour en arrêter les progrès; la plupart sont des irritants destinés à transformer l'inflammation sécrétoire, comme dans la conjonctivite, la stomatite, etc. Ainsi on a parlé des inhalations ou des injections d'ammoniaque liquide, des inspirations de vapeurs de diverses natures ou d'eau vinaigrée, alcoolisée, etc., etc. Tous ces moyens échouent dès que l'inflammation a pris une certaine intensité. M. Lockwood a été plus loin ; il a donné le conseil de toucher la membrane de Schneider avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent. Nul doute que ce moyen ne soit le plus souvent efficace ; mais il est douloureux, et il est assez difficile d'ailleurs de toucher la muqueuse nasale dans une grande étendue. M. J. Pretty propose de substituer à ces cautérisations l'injection dans les narines d'une solution de sulfate de zinc (15 centigrammes pour 30 gramm. d'eau distillée). On prend une seringue d'une once et on injecte le liquide une ou deux fois dans chaque narine, le malade penchant sa tête en avant vers un bassin. Faite au commencement du coryza, au moment où commence la démangeaison, il est rare que l'injection ne réussisse pas. Plus tard, il faut attendre que la membrane se soit un peu dégorgée; sans quoi l'injection détermine une douleur assez vive vers les sinus frontaux, sans empêcher l'écoulement. Une injection peut suffire, mais il en faut quelquefois deux ou trois. Ces injections arrêtent immédiatement ces coryzas qui se prolongent indéfiniment et en empêchent le retour. Mais ce moyen est insuffisant si l'on n'a pas le soin de se bien couvrir la tête contre les variations atmosphériques, ou si, mieux encore, on n'a donné au cuir chevelu une espèce d'immunité par l'emploi de bains sulfureux ou de bains hydrothérapiques. (*London med. Gaz.*, juillet 1849.)

FORCEPS (*Nouveau*) *courbé sur le plat, pour les cas où la tête du fœtus est tenue au niveau du détroit supérieur et placée transversalement.* Tous les accoucheurs sont unanimes sur ce précepte de pratique obstétricale, savoir : que les branches du forceps doivent, autant que possible, être appliquées sur les côtés de la tête. On se conforme à ce précepte en modifiant diversement, suivant les circonstances, l'application de l'instrument. Ainsi, par exemple, la tête étant placée transversalement, au détroit inférieur, le forceps ordinaire est appliqué d'une bosse pariétale à l'autre, en agissant d'avant en arrière. Mais il est tels cas, celui, par exemple, d'une situation transversale de la tête au détroit supérieur, où ce mode d'application devient, théoriquement et expérimentalement, d'une impossibilité absolue. En pareil cas, il faut bien enfreindre le précepte en question et saisir la tête, soit du front à l'occiput, s'il s'agit d'une présentation du vertex, soit au cou, si c'est à une présentation de la face qu'on a affaire. Mais ce mode d'application, outre ses difficultés, expose à des dangers qui n'ont point échappé aux auteurs, qui tous les ont signalés. C'est pour obvier à ces difficultés et à ces dangers que M. le docteur Baumers, de Lyon, a eu l'idée de faire confectionner un forceps nouveau, destiné à agir dans le sens antéro-postérieur, au lieu d'agir transversalement, et courbé, à cet effet, sur le plat, au lieu d'être courbé sur ses bords. Le dessin ci-joint de cet instrument nous dispense d'en donner une description détaillée. Qu'on se

figure, en effet, un forceps droit de Chamberlayn, dont les branches, au



lieu d'être courbées suivant leurs bords, comme le forceps de Levret et de Smellie, sont courbées sur le plat, de manière à ce que la courbure générale d'une de ces branches soit concave et celle de l'autre branche convexe, et l'on aura, à l'aide de ce dessin, une idée suffisante du mécanisme de sa construction.

L'application de ce forceps est soumise à quelques règles différentes de celles qui sont indiquées pour le forceps de Levret; règles que l'auteur résume en ces termes : 1° On doit placer chaque branche en la tenant avec la main droite et en la guidant avec la gauche. 2° La branche postérieure ou sacrée doit être introduite en premier lieu. 3° La branche postérieure ou à pivot étant placée, le manche doit en être dirigé un peu vers la droite de la femme, et, en plaçant la branche antérieure ou à mortaise, il faut qu'elle passe à gauche de la précédente (toujours par rapport à la femme).

Voici maintenant comment le forceps doit être placé. Les précautions préliminaires étant prises, l'accoucheur introduira peu à peu la main gauche dans le vagin, et quand elle y aura pénétré tout entière, il la tournera de façon à en mettre la face dorsale en rapport avec la concavité du sacrum, la face palmaire étant dirigée vers l'intérieur du vagin. La branche postérieure ou sacrée, tenue de la main droite, sera alors introduite et placée de telle sorte que sa face externe ou convexe soit en contact avec la paume de la main gauche; celle-ci remontera progressivement jusqu'à ce que les doigts aient pu arriver entre l'angle sacro-vertébral et le côté postérieur de la tête. La cuiller sera alors glissée entre la tête et les doigts, et tenue par un aide qui en dirigera le manche un peu vers le côté droit de la femme. La main gauche retirée sera introduite de nouveau, à l'exception du pouce, mais au-dessus de la branche déjà placée et dirigée vers le ligament sacro-sciatique droit. La branche pubienne pénétrera d'abord dans ce sens; mais, à mesure qu'elle avancera, on en abaissera peu à peu le manche, jusqu'à lui donner une direction presque verticale, tout en l'amenant vers la ligne médiane; pendant ce temps, l'extrémité de la cuiller exécutera le mouvement de spirale, et viendra se placer entre le pubis et le côté antérieur de la tête. Il ne reste plus qu'à articuler, ce qui n'a pas besoin d'être décrit ici.

Indépendamment du cas particulier en vue duquel M. Baumers a conçu l'idée du forceps courbé sur le plat, la position transversale de la tête au détroit supérieur, cet instrument pourrait encore être avantageusement substitué au forceps de Levret dans quelques autres circonstances, telles que les présentations de la face, presque toujours transversales; la rétention de la tête, souvent en position transversale, après la sortie du tronc dans l'accouchement par le siége; les cas de résistance du périnée; enfin dans un grand nombre des cas où l'on recourt ordinairement à la version, malgré ses inconvénients, et où on la préfère à l'application du forceps, à cause de la difficulté d'appliquer cet instrument au détroit supérieur.

Nous devons à la vérité de dire que ce forceps n'est point en réalité

nouveau. Un instrument tout à fait semblable fut imaginé, il y a longues années, par un célèbre chirurgien belge, J. B. Uytterhœven, ce dont M. Baumers n'a probablement point eu connaissance. Quoi qu'il en soit de cette question de priorité, il suffit que cet instrument soit resté jusqu'ici à peu près inconnu, du moins en France, et que son utilité soit bien démontrée, pour que l'on doive savoir gré à M. Baumers d'avoir cherché à le remettre en honneur. — C'est aux praticiens qu'il appartiendra surtout d'apprécier expérimentalement les avantages que paraît offrir théoriquement cet instrument. (*Gazette médicale de Lyon*, juillet 1849.)

GOMME-GUTTE (*Action thérapeutique de la*), *administrée à haute dose.* La gomme-gutte, considérée par les anciens auteurs à peu près exclusivement comme un purgatif drastique, et préconisée, à ce titre, contre l'hydropisie, classée par les médecins italiens parmi les médicaments contro-stimulants, ne nous est, en réalité, que très-imparfaitement connue encore, tant dans son mode d'action physiologique que dans ses effets thérapeutiques. Cette substance a été expérimentée, il y a quelque temps, par M. Rayer, qui, sans se prononcer sur son mode d'action particulier, a constaté ses bons effets dans le traitement de la maladie de Bright. Voici de nouveaux faits publiés par M. le docteur Abeille, médecin au Val-de-Grâce, qui tendent à démontrer que, comme beaucoup d'autres substances, celle-ci peut être portée à des doses très-élevées, être tolérée dans certains cas, au point de perdre entièrement sa propriété purgative et d'acquérir des propriétés nouvelles, à mesure que les doses sont augmentées. Nous rapporterons sommairement quelques-uns de ces faits.

Obs. I. Une femme de quarante-huit à cinquante ans, portant depuis onze mois une ascite contre laquelle avaient échoué une foule de moyens, et qui devait n'être point étrangère à une maladie des reins, fut ponctionnée, puis soumise à l'usage des frictions mercurielles jusqu'à salivation, et de la gomme-gutte à l'intérieur, d'abord à la dose de 30 centigrammes, augmentée tous les jours d'un décigramme, de manière à ce que, au huitième jour, la malade en prenait un gramme. Les deux premières doses de ce médicament suscitèrent des selles nombreuses, avec coliques. A mesure que les doses furent élevées, les selles devinrent plus rares, les coliques nulles. A la dose de 80 centigrammes, il n'y avait plus que deux selles par jour. Pendant ces deux premiers jours, les extrémités inférieures avaient désenflé; mais la cavité péritonéale était devenue le siége d'une collection notable de liquide. Du septième au dix-huitième jour, la gomme-gutte fut portée à 14 décigrammes dans les vingt-quatre heures, et la malade n'avait alors qu'une selle par jour. Du seizième au dix-huitième jour, il survint une véritable crise urinaire (15 litres d'urine et plus en deux jours), et l'ascite disparut entièrement.

Obs. II. Un jeune militaire entrait à l'hôpital militaire de Givet pour une anasarque survenue depuis une dizaine de jours, et que M. Abeille crut devoir rattacher à l'existence de tubercules pulmonaires et d'un épanchement péricardique. On prescrivit un large vésicatoire à la région précordiale et la gomme-gutte à doses croissantes. Les premières doses du médicament, 30 à 40 centigrammes, agirent comme purgatif énergique. Les jours suivants, à mesure que la tolérance s'établissait par des doses plus élevées, l'effet purgatif était peu sensible, et même nul. Au bout de huit jours, la gomme-gutte étant parfaitement tolérée à la dose d'un gramme, ne fut plus administrée que tous les deux jours. Au quinzième jour, alors que le malade en prenait 15 décigrammes en vingt-quatre heures par doses fractionnées, les urines devinrent plus abondantes. Du quinzième au vingt-deuxième jour, la sécrétion urinaire devint tellement active, qu'à la dernière date le malade était réduit à l'état de squelette par la disparition de l'anasarque.

Obs. III. Il s'agit, dans ce cas, d'une maladie de Bright. — Quatre cautères à la potasse caustique furent appliqués sur les reins, et la gomme-gutte fut donnée à doses croissantes. Le quatrième jour de son emploi, elle était tolérée : le malade en prenait alors 80 centigrammes. Les doses furent portées successivement à 15 décigrammes. Sous son influence, les urines devinrent abon-

dantes, quoique toujours albumineuses, mais perdant peu à peu leur caractère d'acidité pour devenir alcalines. Le quinzième jour de l'usage de la gomme-gutte, l'ascite avait disparu, l'œdème de la jambe avait diminué. Le dégoût que produisait la gomme-gutte força à en suspendre l'usage pendant trois semaines. Au bout de ce temps, l'ascite avait reparu avec une douleur à la région précordiale. On reconnut un épanchement dans le péricarde. La gomme-gutte fut administrée de nouveau et de la même façon (en même temps un vésicatoire fut appliqué à la région précordiale). La gomme-gutte donna le même résultat, c'est-à-dire la disparition de l'ascite en dix-sept ou dix-huit jours. Les urines restaient toujours albumineuses, quoiqu'à un faible degré. Après cette nouvelle élimination du liquide séreux, il fallut renoncer encore à l'emploi de la gomme-gutte, dont on reprit de nouveau l'usage au bout d'un mois, l'ascite ayant reparu. Cette troisième fois, la gomme-gutte suscita plus de coliques et de dévoiement. La tolérance ne fut jamais complète. Le malade avait, dans les derniers jours, deux ou trois selles par vingt-quatre heures. La sécrétion urinaire n'en fut pas moins suractivée, et l'ascite dissipée pour la troisième fois en vingt-un jours de ce troisième traitement.

Une quatrième observation, enfin, a trait à un cas d'ascite consécutive à une hypertrophie et dégénérescence de la rate. Plusieurs ponctions avaient déjà été pratiquées. D'habitude, après chaque ponction, la cavité péritonéale se remplissait de nouveau au bout de quelques jours, et la malade ne restait pas plus de deux mois à deux mois et demi sans y avoir de nouveau recours. Cette fois, sous l'influence de la gomme-gutte, qui provoqua des selles nombreuses dès les premiers jours, et des selles plus rares quand elle fut portée à un gramme et plus, la sécrétion urinaire reçut une activité qu'elle n'avait jamais eue. Le ventre resta trois mois sans être très-distendu, et la malade put vivre encore sept mois sans avoir recours à la ponction.

Si l'on se rappelle que la gomme-gutte n'était jamais prescrite au delà de 6 à 12 grains au plus (30 à 60 centigramm.) incorporés dans une substance propre à en mitiger l'action, crainte de voir survenir de graves accidents gastro-intestinaux, on ne verra pas sans quelque surprise qu'on en ait pu élever la dose jusqu'à un gramme, un gramme et demi, non-seulement sans qu'il en soit résulté ni vomissements, ni accidents inflammatoires du côté de l'intestin, mais sans qu'il y ait eu à peine même d'effet purgatif produit. C'est, du reste, un fait de plus, qui vient témoigner de la modification que les doses élevées impriment à l'action dynamique de certains médicaments, et qui doit faire ranger, sous ce rapport, la gomme-gutte à côté du tartre stibié, du nitrate de potasse, etc. On remarquera, en outre, que le mode d'influence exercé par la gomme-gutte paraît avoir tenu plus particulièrement à son action diurétique. Quant à ses effets thérapeutiques, tout, dans ces effets, porte à penser qu'ils se bornent à l'élimination des collections séreuses, sans influer, d'ailleurs, sur les lésions organiques d'où ces collections procèdent. L'action de la gomme-gutte se bornât-elle là, elle n'en constitue pas moins un médicament utile, dont il importerait qu'on fixât, par de nouvelles expériences, les indications et la véritable portée thérapeutique, en n'oubliant pas surtout de chercher à en préciser le degré de tolérance. (*Gaz. des hôpitaux*, septembre 1849.)

HUILE D'ANDA (*Propriétés purgatives de l'*). La famille des euphorbiacées, déjà si riche en purgatifs, paraît devoir en compter bientôt un autre, qui devra prendre place, pour l'activité, entre l'huile de ricin et les huiles d'épurge, de croton, etc.: nous voulons parler de l'*huile d'anda*. La plante qui fournit cette huile et qui porte le nom d'*anda Gomesii*, produit un fruit de la grosseur d'une pomme et d'une couleur cendrée. En dépouillant ce fruit de son enveloppe extérieure, on met à nu une noix de deux pouces de diamètre, qui renferme, au-dessous de sa coque dure, deux cellules, logeant chacune une amande grosse comme une noix. En exprimant ces graines, on obtient une huile claire, pâle, jaunâtre, sans goût et sans odeur, liquide à la température ordinaire, comme l'huile d'olive. M. Norris, qui l'a essayée à l'hôpital de Pensylvanie, s'est assuré qu'à la dose de cinquante gouttes elle détermine en gé-

néral une évacuation, et, à plus forte dose, des évacuations abondantes. De son côté, M. Ure a fait en Angleterre quelques expériences avec cette huile. Il l'a administrée sur un morceau de sucre, sans que les malades lui aient trouvé de goût déplaisant, sans qu'elle ait déterminé cette sensation d'âcreté à la gorge, qu'occasionne l'huile de croton, sans qu'elle ait produit non plus ni coliques ni vomissements. Il est inutile, suivant M. Ure, de porter la dose aussi haut que l'a fait M. Norris : vingt gouttes suffisent. L'action ne s'en fait sentir ordinairement qu'au bout de deux heures; quelquefois cependant M. Ure l'a vue agir beaucoup plus tôt, au bout d'une demi-heure, par exemple. Reste à savoir si cette huile a une activité suffisante pour remplacer l'huile de croton; auquel cas, son insipidité et son mode d'action purgative la rendraient supérieure à cette dernière. (*American Cyclopœdia* et *Pharmaceutical journal*, juillet 1849.)

URÈTRE (*Cas remarquable de corps étranger dans le canal de l'*). *Urétrotomie. Guérison.* L'observation suivante, rapportée par M. Jouault, nous présente un des faits les plus remarquables que nous ayons enregistrés depuis longtemps : Le 20 mai dernier, notre confrère est appelé près d'un malade affecté d'une rétention d'urine. Interrogé sur la cause des accidents auxquels il était en proie, cet individu avoua qu'une année auparavant il s'était introduit une pointe de fer dans l'urètre, mais que le chirurgien qu'il avait fait venir immédiatement, ayant exploré le canal, n'avait rien découvert, et que la sonde avait pu pénétrer sans obstacle jusque dans la vessie. (Il nous est impossible d'ajouter foi à ce dire, et nous n'y voyons qu'un nouvel exemple de l'une de ces grossières erreurs de diagnostic, comme nous en relevons de temps en temps.) M. Jouault, après un examen attentif, reconnut qu'il existait un corps dur, long d'environ 6 centimètres, occupant sur la ligne médiane l'espace qui s'étend depuis la commissure anale jusqu'à la racine des bourses. M. Jouault en tenta d'abord l'extraction à l'aide de la pince de M. Civiale; ses tentatives restant infructueuses, il se décida à pratiquer une incision sur le trajet occupé par le corps étranger. Les bourses étant relevées, le chirurgien fit saillir le corps étranger en appuyant sur la région périnéale et incisa d'un seul coup la peau et le canal de l'urètre, dans l'étendue d'un centimètre et demi. L'extrémité du corps étranger parut alors entre les lèvres de la plaie et fut saisie avec une pince, mais les tractions les plus énergiques ne purent déloger cette pointe de fer. Force fut de prolonger l'incision, et l'extraction en fut alors facile. Pendant son long séjour dans le canal de l'urètre, ce corps s'était recouvert de concrétions calculeuses, et la disposition de ces incrustations, reproduite dans la figure ci-jointe, explique très-facilement les difficultés éprouvées par le chirurgien. Les suites de cette opération ne présentèrent rien de bien remarquable. Une sonde fut fixée à demeure dans la vessie, et la plaie réunie par des bandelettes agglutinatives. Vers le huitième jour, la présence de la sonde ayant déterminé quelques accidents avec un peu de réaction fébrile, on retira la bougie pour pratiquer le cathétérisme toutes les fois que le malade éprouvait le besoin d'uriner. Peu à peu tout rentra dans l'ordre, et, malgré la sortie de l'urine par la plaie, la cicatrisation ne s'en est pas moins opérée complétement au bout d'un mois. L'emploi d'irrigations continues, ou au moins de compresses d'eau froide, eût sans doute prévenu le développement de ces accidents. (*Gazette des hôpitaux*, septembre 1849.)

URÈTRE (*Double épingle à cheveux abandonnée dans le canal de l'*). *Extraction facile.* Bien que les plaies faites au canal de l'urètre ne présentent point la gravité qu'on leur prête, en général, lorsque l'incision peut ne pas être très-étendue et se trouve réunie immédiatement; cependant M. le docteur Boinet a rendu un service signalé à la pratique chirurgicale, en la dotant d'un procédé facile pour l'extraction des corps pointus fourvoyés dans l'urètre. Le cas suivant en fournit une nouvelle

preuve. Un jeune homme, âgé de vingt-trois ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Il venait, disait-il, d'être victime d'un acte de jalousie de la part de sa maîtresse. A la suite d'altercations, celle-ci lui aurait, pendant son sommeil, introduit un corps étranger dans le canal de l'urètre, sans qu'il en eût conscience. Réveillé le matin par des démangeaisons dans cet organe, il n'avait uriné qu'avec peine, et du sang était mêlé au produit de la miction. L'examen de la verge permit au chirurgien, M. Soulé, de constater dans le canal la présence d'un corps offrant une certaine longueur; il paraissait formé de deux tiges se rapprochant par la pression. Ces notions n'étaient point suffisantes pour permettre au chirurgien d'agir. Il fallait obtenir un aveu complet, car, ainsi qu'on doit le penser, le récit fait par le malade n'était qu'un mensonge destiné à cacher de coupables manœuvres. M. Soulé ne tarda pas à convaincre le patient de tout l'intérêt qu'il avait à ce que le chirurgien entre les mains duquel il se trouvait placé, sût à quel corps étranger il avait affaire, et n'eût pas recours, en agissant à tâtons, à une opération grave. La crainte des souffrances fit avouer au malade qu'il avait tout lieu de supposer que c'était une de ces longues épingles noires, que les femmes emploient pour maintenir leurs cheveux le matin, qui, comme l'on sait, sont composées de deux tiges parallèles se continuant l'une l'autre par une coudure mousse, que le corps avait été introduit par l'extrémité mousse. Cet aveu et l'examen auquel s'était livré le chirurgien ne laissaient plus de doute sur la forme du corps étranger; et, comme les extrémités des tiges n'étaient pas distantes de plus de 4 centimètres du méat, M. Soulé tenta de l'extraire par la voie naturelle; mais, ses efforts restant infructueux, il eut recours au procédé décrit par M. Boinet. La verge, fortement coudée, permit aux pointes de l'épingle de traverser la paroi inférieure de l'urètre. Une fois le corps à l'extérieur, M. Soulé en redresse la partie courbe qui unit les deux tiges, coupe au ras de la verge une des branches. Le reste de l'extraction ne nécessita qu'un léger effort. Deux piqûres furent les seules suites de cette manœuvre, qui nécessita seulement quelques minutes. La verge fut enveloppée de compresses d'eau froide, et, deux jours après, le malade quittait l'hôpital, ne présentant que deux points ecchymotiques correspondant aux deux piqûres. La miction était à peine douloureuse. — Nous nous permettrons une seule remarque. Nous ne voyons pas bien la nécessité dans laquelle M. Soulé s'est cru placé de modifier le procédé tracé par M. Boinet; les pointes de l'épingle ont dû faire leurs piqûres à 4 centimètres de l'ouverture du méat : or, lorsque les tiges furent amenées à l'extérieur, nous croyons qu'il eût été plus simple de les porter en arrière et de les pousser ensuite en avant, de façon à diriger l'extrémité mousse de l'épingle qui fût alors sortie facilement par le méat urinaire. Nous eussions préféré, pour nous, cette manière d'agir, car la courbure de l'épingle n'a pu être effacée complètement et a dû nécessiter quelques efforts pour être retirée des parois urétrales; or, son extrémité devait être tant soit peu rugueuse, quelque nette qu'eût été la section de l'autre tige. Nous sommes persuadé qu'on devait distinguer celle des piqûres qui avait donné issue à la dernière des branches de l'épingle. Du reste, la remarque que nous faisons est moins pour jeter un blâme sur la conduite du jeune chirurgien de l'hôpital Saint-André, que pour éclairer ceux de nos confrères qui auraient à appliquer de nouveau ce procédé dans les mêmes circonstances. Car les deux faits de M. Boinet, celui de Dieffenbach et cette nouvelle observation de M. Soulé, ne laissent plus matière à litige, et tracent désormais, d'une façon irrécusable, la conduite du praticien dans les cas analogues. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, septembre 1849.)

VARIÉTÉS.

—

DU COURAGE MÉDICAL,

Discours lu à la Société de médecine de Strasbourg, par M. le professeur FORGET.

(Suite et fin (1).)

Mais rentrons dans la sphère commune. C'est avec une certaine pudeur que je me vois obligé d'attribuer au courage certains actes de la plus simple probité. Si pourtant chacun de nous veut descendre dans son for intérieur, il conviendra, tacitement du moins, que nos scrupules ne sont pas toujours des plus sévères quant au fait dont il s'agit : je veux parler du devoir que la conscience nous impose de ménager la bourse aussi bien que la santé de nos malades, en ne leur administrant que les remèdes strictement nécessaires, et en choisissant les moins dispendieux; en ne les visitant qu'autant de fois que leur intérêt l'exige; en proportionnant nos prétentions, en matière d'honoraires, au degré d'aisance de nos clients. Je sais bien que certains de ces petits abus sont censés trouver leur justification dans la nécessité d'agir sur le moral des malades; mais, franchement, ce prétexte ne sert-il pas trop souvent à couvrir le besoin de nous faire valoir et de capter la confiance du public *per fas et nefas?* N'est-il pas, convenez-en, bon nombre de praticiens qui donnent leur sanction à cet apophthegme qui paraît être de l'invention des apothicaires d'autrefois :

« A moins d'une ordonnance écrite,
« Tout médecin doit perdre sa visite. »

S'il en est ainsi, quelle vénération ne devons-nous pas à ceux-là qui portent le désintéressement jusqu'à secourir de leurs deniers le pauvre qu'ils assistent! Ce genre d'héroïsme, hâtons-nous de le dire, est pourtant, nous en sommes certain, bien moins rare que ne le ferait supposer l'opinion généralement répandue sur la vénalité de notre profession. Néanmoins, notre profession est la seule qui se prodigue gratuitement et à chaque heure du jour, alors que toutes les autres exigent inflexiblement leur salaire.

C'est le courage de la probité qui nous fait découvrir et abhorrer le charlatanisme sous ses mille déguisements, celui d'en haut comme celui d'en bas, celui des livres et des journaux scientifiques comme celui des affiches et des feuilles politiques, celui de la chaire professorale comme celui des tréteaux, et celui des salons comme celui de l'antichambre.

C'est le courage de la probité qui imprime la modestie à nos discours, la simplicité à nos dehors, le naturel à nos manières; quoique nous sachions bien que la fortune et la renommée s'attachent moins à la vertu qu'à l'intrigue, et que le plus sûr moyen de réussir est de se charger soi-même du soin de sa propre réputation.

C'est ce même courage qui nous en communique un autre : celui de la philosophie, qui nous fait fermer les yeux et les oreilles aux turpitudes qui nous environnent, aux avanies, aux persécutions qui nous obsèdent, aux privations qui nous assiégent, à la misère qui nous menace et qui, nous permettant de nous envelopper dans notre propre dignité, nous autorise à dire avec un philosophe sacré : *Gloria nostra est testimonium conscientiæ nostræ.* (SAINT PAUL.)

Il y a courage encore à conserver et à défendre sa dignité à l'endroit des riches et des puissants, dont les airs de hauteur et les fréquentes licences ne sont que trop souvent autorisés par nos humbles obséquiosités.

Il y a courage, surtout, à tenir droite et ferme la balance de l'humanité entre ce qu'on appelle les petits et les grands. On raconte que la reine de France ayant appelé BOUVART à soigner un de ses enfants, le lui recommandait avec toute la ferveur maternelle : « Soyez tranquille, Madame, lui dit BOUVART, j'en prendrai soin comme s'il était le fils du dernier de vos palefreniers. » Certes, je suis loin d'approuver cette âpreté sauvage; mais

(1) Voir le numéro précédent, p. 283.

ces paroles énergiques formulent admirablement l'égalité des malades devant le médecin.

Dans ses rapports avec les institutions administratives, le médecin a fréquemment l'occasion de faire preuve de ce qu'on peut plus particulièrement appeler le courage civil : là peut se révéler avec éclat la fermeté du caractère médical. C'est ainsi que dans la rédaction des certificats individuels, le médecin doit se pénétrer de toute la gravité de son ministère, afin de résister aux séductions de plus d'un genre, aux inspirations de sa propre bienveillance, aux entraînements de l'amitié, souvent même à la voix de l'humanité au service de laquelle il s'est voué, mais dans les limites du devoir et de l'honneur. Je ne veux pas prévoir le cas où l'appât de l'or serait tendu comme un piége à sa probité.

Les rapports médico-légaux et autres relatifs aux grands événements sociaux où notre science est impliquée, nous placent assez souvent au grand jour de la vie publique. On raconte qu'après une bataille de l'Empire, bon nombre de soldats se trouvèrent blessés à la main, de manière à faire soupçonner à Napoléon qu'ils s'étaient mutilés volontairement pour s'affranchir du service militaire. LARREY fut chargé de rédiger un rapport sur cet objet, rapport dans lequel il crut, en conscience, devoir proclamer l'innocence de nos braves et combattre les soupçons de l'Empereur. Napoléon se livra d'abord à une violente colère, et LARREY subit stoïquement une disgrâce considérée alors comme un immense malheur ; disgrâce qui fut de courte durée, car le héros ne tarda pas à rendre hommage au beau caractère de celui qui n'avait pas craint d'encourir sa redoutable animadversion, pour protéger ces humbles soldats que Napoléon lui-même, au fond du cœur, était sans doute bien aise de trouver innocents. Ce fait n'a pas peu contribué, je le pense, à fixer l'opinion de l'Empereur sur celui qu'il a proclamé le plus honnête homme de son époque.

Sans invoquer ces éclatantes individualités, n'avons-nous pas vu le corps médical tout entier protester comme un seul homme toutes les fois qu'on a tenté d'obliger un médecin à révéler les secrets du malheureux qui cherche un refuge auprès de lui? Rappelez-vous l'immense clameur d'indignation qui accueillit, en 1832, l'ordonnance de police, exhumée d'une époque de despotisme et de barbarie, par laquelle on voulut forcer les médecins de Paris à dénoncer les blessés de la guerre civile. Un praticien, un seul, parut avoir sanctionné cette infamie, et depuis lors il est marqué au front d'une tache indélébile.

Quant au courage militaire, parcourez les fastes de nos armées depuis soixante ans, et vous verrez partout nos chirurgiens au fort de la mêlée, retirer du feu les victimes de tant de glorieux combats. Honneur à ces grandes figures de l'Empire, honneur aux PERCY, aux LARREY et à tant d'autres qui ont appliqué leur génie à la recherche des moyens de multiplier et de hâter les secours aux blessés des champs de bataille, en prodiguant la vie de nos braves chirurgiens de l'armée. Ce sont nos dignes confrères que tous ces intrépides jeunes gens qui depuis vingt ans ont été moissonnés au milieu de nos phalanges africaines. Combien de fois ne les a-t-on pas vus, le fusil d'une main et la trousse de l'autre, alternativement repousser l'ennemi et relever nos blessés! Leur courage est chose si reconnue et si vulgaire qu'un ministre prétendait qu'il n'y avait pas lieu à le récompenser, sans doute parce qu'ils l'emploient moins à détruire qu'à réparer les malheurs de la guerre ; comme s'il y avait moins de mérite à braver et conjurer la mort qu'à la donner. Honneur encore à ces intrépides chirurgiens de marine que les boulets vont chercher jusqu'à leur poste de combat, qui s'élancent au foyer même du carnage pour secourir un héroïque commandant frappé sur son banc de quart ; qui, au moment suprême, vont sombrer les premiers aux cris de vive la France, et qui, à l'heure du naufrage, n'abandonnent leur vaisseau que chargés du dernier de leurs blessés. Chacun de ces traits appartient à l'histoire, et si nous taisons les noms propres, c'est dans la crainte de faire injure à ceux que nous pourrions oublier.

Arrivé à ces réalisations ultimes de l'énergie et du dévouement, ce que je pourrais dire encore ne saurait qu'affaiblir la vivacité de vos impressions. Ce n'est pas que d'autres exemples ne puissent être produits, qui proclament le courage dont est susceptible le caractère du médecin. J'espère même que les communications qui vont vous être faites, relativement

à la situation du Conseil médical sorti de vos suffrages, vous seront comme un témoignage vivant, une preuve en action, des sentiments élevés et des fermes déterminations que peut inspirer la dignité professionnelle.

Puissiez-vous trouver, chers confrères, qu'en révélant d'une voix hardie certaines de nos faiblesses, qu'en mettant résolument à nu certaines plaies de notre profession, dans le but de nous inculquer la force de les éviter et d'y porter remède, j'ai fait moi-même preuve d'un courage peu commun, et généralement assez mal accueilli dans le monde, celui de la sincérité. C'est que, dût-on passer pour dupe, je trouve qu'il est beau de prendre pour devise cette sentence d'un sage : « J'advoue la vérité lorsqu'elle me nuit, de même que si elle me sert. » (MONTAIGNE.)

Appelé par vos honorables prévenances à porter la parole dans cette solennité, permettez-moi de croire avoir encore fait acte de courage en acceptant, quoiqu'en tremblant, cette mission délicate et périlleuse. Voltaire a dit quelque part : « La nécessité de parler, l'embarras de n'avoir « rien à dire et l'envie d'avoir de l'esprit, sont trois choses capables de « rendre ridicule même le plus grand homme. »

Nos prévisions se réalisent d'une manière autrement favorable et autrement rapide que nous n'aurions osé l'espérer. Nous touchons en quelque sorte à la fin de l'épidémie. Depuis les premiers jours d'octobre, le nombre des entrées et des décès n'a pas cessé un instant de diminuer dans les hôpitaux et hospices civils et militaires. A domicile, la mortalité cholérique a suivi la même progression descendante. Plusieurs fois, tant en ville que dans les hôpitaux, le chiffre des décès n'a pas été de plus de deux par jour. Quoique parvenue à une période si voisine de sa disparition définitive, l'épidémie a présenté à plusieurs reprises des variations assez brusques, surtout en ce qui touche le chiffre des hôpitaux; car les décès à domicile ont toujours été en diminuant. Cette circonstance de la circonscription presque exclusive de l'épidémie dans les salles des hôpitaux, parmi une population déjà atteinte de maladies antérieures, nous paraît encore de nature à confirmer toutes les prévisions favorables. C'est par les hôpitaux que la maladie a débuté, c'est dans les salles de ces établissements qu'elle est restée longtemps concentrée. Rien d'étonnant par conséquent à ce qu'en achevant sa course, elle reste encore un certain temps dans les lieux où elle avait pris naissance. Mais, encore une fois, on peut affirmer que l'influence épidémique s'affaiblit, quand on voit que la maladie n'atteint plus que des individus placés dans des conditions spéciales par la nature de leur séjour et par les circonstances de maladies antécédentes.

Dans les départements, le choléra est entré presque partout dans une période de décroissance et de disparition prochaine, si nous en exceptons toutefois quelques départements du Midi, et plus particulièrement ceux des Bouches-du-Rhône et du Var. A Marseille, le 28 septembre, l'état civil avait enregistré 1,401 décès, dont 92 depuis le 25 septembre. Mais dans les premiers jours d'octobre la mortalité est un peu descendue. A Toulon, du 12 au 30 septembre, le choléra a fait 258 victimes. Dans les premiers jours d'octobre la maladie régnait encore dans cette ville, quoique avec un peu moins d'intensité.

A l'étranger, presque partout l'épidémie semble vouloir s'affaiblir et disparaître. En Allemagne, en Prusse, en Angleterre, le nombre des décès cholériques diminue de jour en jour. Le midi de l'Europe fait seul exception; le choléra s'étend en Italie. Il a paru à Bologne dans les derniers jours de septembre, et le 30 il y avait déjà 14 décès. Mais c'est surtout dans les possessions françaises en Afrique que le choléra sévit avec une grande intensité. Aux dernières nouvelles, l'épidémie paraissait encore circonscrite dans la population militaire; mais il y avait eu en peu de jours 350 décès. Le gouverneur général de l'Algérie a pris toutes les mesures nécessaires pour restreindre les progrès du fléau et accordé un supplément de trois centimes à l'ordinaire par homme et par jour dans chaque corps, atelier des condamnés, pénitencier et prison militaire.

On avait répandu à Marseille le bruit que la peste avait éclaté à Fiume d'abord, bientôt après à Trieste. Ce bruit était sans fondement, et ce qui aura donné naissance à cette fausse nouvelle, c'est probablement l'apparition d'une épidémie toute locale qui sévit à des intervalles de plusieurs années dans un village voisin de Fiume, et qui dans le pays a reçu le nom de *peste* ou *scartuppo*. Or, cette affection n'a aucun rapport avec la peste véritable, puisqu'elle consiste en des ulcérations au visage.

L'état sanitaire des troupes de l'armée française d'occupation en Italie continue à être peu satisfaisant; on y compte en ce moment près de 3,000 hommes atteints pour la plupart de fièvres simples, mais en grand nombre aussi de fièvres pernicieuses et de dyssenterie. Heureusement, le choléra n'a pas encore paru à Rome. Indépendamment des médecins que le gouvernement français vient d'envoyer en Italie et dont nous avons annoncé le départ, une compagnie entière d'infirmiers militaires est partie pour cette destination. On se propose d'établir une maison de convalescence à Frascati, dans le lieu le plus salubre des environs de Rome. Le prince Borghèse a mis à la disposition des troupes françaises sa magnifique Villa Taverna, où seront logés trois cents hommes; un couvent de missionnaires et le couvent des religieux Basiliens pourront encore en admettre environ cinq cents. On espère les plus heureux effets de ces mesures pour l'état sanitaire des troupes.

Les travaux d'appropriation de l'ancienne église des Petits-Pères pour recevoir l'Académie nationale de médecine se continuent avec vigueur. L'hémicycle dans lequel se trouvent le bureau du président et la tribune sera décoré de quatre grandes toiles peintes à la cire par un peintre distingué, M. Muller. Les curieux vont déjà admirer la première page de cette décoration qui est en place actuellement et qui représente Pinel faisant tomber les chaînes des aliénés de Bicêtre.

L'emploi du blanc de zinc, à l'exclusion de la céruse, vient d'être ordonné par le ministre des travaux publics dans les travaux de peinture des bâtiments de l'Etat, sur l'avis du Conseil de salubrité et d'une Commission spéciale composée de savants et d'architectes.

Où s'arrêteront toutes ces tentatives de réorganisation médicale? Ce n'était pas assez de la Commission instituée par le ministre de l'instruction publique. Le ministre de l'agriculture et du commerce vient de demander au Comité supérieur d'hygiène un projet de loi sur l'exercice et la police de la médecine. Le Comité d'hygiène a été investi en même temps de la mission de faire rentrer au ministère de l'agriculture et du commerce tous les documents relatifs à la réorganisation médicale qui se trouvent dans les cartons du ministère de l'instruction publique.

Les journaux anglais font grand bruit de la découverte d'un M. Brittan, qui aurait trouvé dans les vomissements et les déjections des cholériques, ainsi que dans l'air des localités où se trouvent des cholériques, des corps particuliers qui auraient beaucoup de rapport avec les sporules des champignons. En supposant le fait exact, ce qui est loin encore d'être démontré, il resterait à savoir quelle part ont ces sporules dans la production du choléra.

Un concours public aura lieu le 11 mars 1850, à Lyon, pour la place de chirurgien-major de l'hospice de l'Antiquaille.

Notre honorable confrère, M. Bottex, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Lyon, l'un des membres les plus honorables et les plus distingués du corps médical de cette ville, vient de mourir.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DU CHOLÉRA DIT SPORADIQUE COÏNCIDANT AVEC L'INFLUENCE CHOLÉRIQUE ACTUELLE ET DE SON TRAITEMENT.

Plusieurs médecins, Delmas entre autres, considérant les nombreuses analogies que présentent dans leur physionomie le choléra sporadique et le choléra indien, inclinent fortement à regarder ces deux maladies comme identiques dans leur nature : c'est là, suivant nous, une conception tout à fait erronée. Quand on étudie sans préoccupation théorique l'apparition, en Europe, du choléra épidémique, qu'on remonte en suivant le cours de ses migrations successives à son origine, à son berceau, qu'on ne peut placer ailleurs que sur les bords du Gange, on ne peut douter que sous l'influence de conditions inconnues il ne se soit développé là un foyer morbide qui, à diverses reprises, a rayonné sur l'Europe et a décimé ses populations. D'un autre côté, lorsque l'on étudie comparativement la marche des deux maladies, si l'on saisit quelques analogies incontestables dans leur physionomie, on ne peut s'empêcher de reconnaître en même temps que de profondes dissemblances les séparent. Nous renverrons pour ce parallèle, qu'il serait trop long de dérouler ici, à l'ouvrage de notre savant collaborateur, M. le professeur Fuster, *des Maladies de la France* (1), où ce tableau est tracé de main de maître ; nous nous contenterons de faire observer que, parmi les traits propres au choléra asiatique, il faut surtout distinguer la nature des déjections, l'algidité et le cachet typhoïde de la scène morbide qui vient souvent se placer entre le choléra proprement dit et le retour à la santé ou la mort par lesquels celui-ci se termine. Rien de semblable à cette succession phénoménale ne se montre dans le choléra vulgaire. Dans une foule de cas, tout se borne à une violente perturbation des fonctions digestives, qui cesse en quelques heures, soit spontanément, soit par le bénéfice d'une indication presque infaillible dans ses résultats. Cependant, au rapport des auteurs épidémistes qui ont observé le choléra *nostras*, il semblerait que les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi simple : P. Frank parle d'une véritable algidité, de déjections blanches ; ce sont là des expressions fort vagues, dont le sens précis est difficile à saisir. Le refroidissement hystérique, celui qu'on observe parfois à la suite d'une violente superpurgation, constituent-ils l'algidité cholérique ? On avait pu supposer, d'abord, que dans le choléra épidémique cette réfrigération si carac-

(1) Page 289.

téristique était le résultat des déperditions brusques subies par l'économie ; mais depuis qu'on a vu le fléau de plus près, on ne saurait s'en tenir à cette étiologie : on a vu, dans un bon nombre de cas, l'algidité se produire après des déperditions évidemment insuffisantes à l'expliquer. Il en est de même des déjections gastriques ou alvines; on n'a point prouvé l'identité de la nature de ces déjections avec celles du choléra voyageur, quand on a dit qu'elles se coagulent sous l'influence de la chaleur ; toute sérosité, par quelque voie qu'elle s'échappe de l'économie, se comporte de la même façon.

Mais s'il suffit de ces quelques remarques, pour faire pressentir déjà les profondes différences qui séparent des maladies qui n'ont qu'un faux air de ressemblance. Ces différences vont devenir bien plus sensibles encore quand, tout à l'heure, nous allons montrer une petite épidémie de choléra vulgaire se développer à côté de localités affreusement décimées par le choléra asiatique. C'est ce que nous avons observé dans la petite ville de Montmirail.

Déjà, en traitant de la contagion du choléra, nous avons dit que cette localité avait jusque-là joui d'une complète immunité ; depuis lors, quelques cas isolés se sont présentés, séparés par un long intervalle de temps de ceux que nous avons rapportés. Depuis quinze jours l'influence cholérique se tait de nouveau ; mais voici ce que, pendant ce temps, nous avons observé. Un nombre assez considérable d'individus, soit dans la ville, soit dans la banlieue, ont été pris de vomissements et de déjections alvines simultanés. Ces déjections, d'abord bilieuses, changent rapidement de caractère et deviennent purement séreuses. Dans quelques cas elles sont précédées de symptômes d'embarras gastrique ; le plus souvent elles surviennent inopinément, en surprenant les malades au milieu d'une santé excellente. Elles s'accompagnent ordinairement d'une soif vive, et d'un sentiment d'ardeur brûlante dans les entrailles. Elles éteignent complétement l'appétit, et coexistent avec une invincible répugnance pour les aliments. Au milieu de ces violentes secousses, la peau reste chaude, et le pouls conserve souvent une ampleur remarquable, et son rhythme normal. Les urines continuent à couler, il n'y a point de crampes. Ces accidents durent ordinairement, avec des intervalles plus ou moins éloignés, vingt-quatre, quarante-huit heures; puis la santé se rétablit aussi rapidement qu'elle s'est troublée, après une diaphorèse plus ou moins abondante.

Comment dénommer cet ensemble de phénomènes, et à quelle cause le rattacher? Est-ce le prélude d'une invasion cholérique prochaine? Nous ne le saurions penser. Ce n'est point par de tels symptômes que se traduit l'imminence cholérique. Ces symptômes ne consistent d'abord

qu'en un état saburral mal défini, qui bientôt se précise davantage par une sensation douloureuse vers l'épigastre et dans tout l'abdomen ; les digestions deviennent laborieuses, le ventre se tend, bouillonne et se lâche en diarrhée : des vomissements peuvent survenir, mais cela est rare comme prodrome, et ne coexiste jamais avec la diarrhée. Quand ces deux phénomènes coïncident, ce n'est plus là un simple pressentiment cholérique, c'est le choléra avec toute sa grande signification. Notez bien, et cela est capital, que dans la petite épidémie dont je parle, le mal n'a, dans aucun cas, suivi cette gradation, et que dans aucun cas non plus ces déjections gastriques et alvines simultanées n'ont abouti à une menace sérieuse de la vie. Le choléra épidémique n'y met pas, je pense, tant de façons.

Si cet ensemble de symptômes ne dénonce pas l'imminence cholérique, en tant que cette influence morbide conserverait son intensité primitive, est-il permis d'y voir l'expression atténuée de cette influence usée, près de s'éteindre ? Nous ne le croyons pas davantage, et voici pour cela les raisons sur lesquelles nous nous appuyons. Au déclin d'une épidémie cholérique, les cas sont sans doute quelquefois moins graves, en même temps qu'ils sont moins fréquents que dans la période d'état ; mais cette maladie n'est pas tellement transformée, qu'elle ne conserve quelques-uns de ses caractères essentiels : ainsi, les matières des déjections demeurent les mêmes. Quant à l'amoindrissement même des principaux symptômes du mal, on ne le remarque pas toujours : ainsi, depuis le déclin de l'influence épidémique à Paris et ailleurs, il ne paraît pas que la diminution qui porte sur la fréquence des cas ait entraîné une diminution corrélative dans la gravité des symptômes. Un autre motif, plus péremptoire, qui nous empêche de voir dans cette influence épidémique circonscrite l'expression de la diathèse cholérique grave, c'est que chaque année, vers cette époque, on voit éclater la même influence, et on la voit s'exprimer par le même ensemble de phénomènes. Nous ne pousserons pas plus loin ces remarques qui suffisent, nous pensons, pour mettre hors de contestation la question que nous agitons en ce moment, et nous nous hâtons de citer quelques faits, qui montreront, mieux encore que la description générale que nous en avons esquissée précédemment, et la forme et la marche de la maladie.

Le nommé Gertaut, allant d'un village, où il travaille comme meunier, dans un village voisin, est pris, sous l'influence des dernières chaleurs, de vomissements et de diarrhée simultanés : malgré ces accidents, il continue pendant quelque temps de marcher, mais enfin force lui est de s'arrêter. Des passants le trouvent au milieu du chemin, se lamen-

tant beaucoup, et continuant de vomir. Il est amené immédiatement dans une voiture à l'hôpital. Voici les symptômes que j'observe : les vomissements continuent fréquents, et se composent uniquement d'un liquide aqueux : en même temps, coliques vives, et diarrhée fréquente. Il y a déjà douze ou quinze heures que le malade est en proie à ces accidents ; cependant le facies, la voix n'offrent point d'altération notable ; le pouls est assez petit, peu fréquent ; la peau a peu de chaleur aux bras et aux mains, mais les parties recouvertes ont la température normale. C'était le premier cas de ce genre que j'observais ; je craignis que ces accidents ne devinssent plus sérieux : je fis réchauffer le malade, et prescrivis à l'intérieur des moyens propres à favoriser la réaction (infus. de mélisse alcoolisée, en grande quantité). Je revis bientôt le malade que le séjour au lit avait déjà un peu reconforté. J'ajoutai à la prescription cinq centigrammes d'opium. Bientôt les vomissements et la diarrhée diminuèrent ; le lendemain ils avaient complétement cessé.

Je quittais à peine ce malade que je fus appelé auprès d'une jeune fille qui présentait également les mêmes symptômes. L'absence complète d'altération des traits, la fermeté du pouls, la turgescence vitale des bras dont j'explorais la radiale, la température de la peau, et surtout la soudaineté et la simultanéité des déjections alvines et gastriques me rassurèrent immédiatement sur la signification de ces symptômes plus graves en apparence qu'en réalité. Déjà, quand je vis la malade, il y avait deux longs intervalles entre les déjections : je me contentai en conséquence de prescrire de l'eau froide prise à volonté à titre de sédatif, et ajoutai à cette prescription celle d'une pilule d'opium; mais cette dernière ne fut que conditionnelle : elle ne fut pas nécessaire. Les accidents cessèrent rapidement, et la malade passa aussi brusquement à l'état de santé qu'elle était passée à l'état de maladie. Dans un autre cas, il s'agit d'une femme qui est surprise par les mêmes symptômes au milieu même de son travail ; l'abstinence des aliments, l'usage de l'eau froide prise en grande quantité, furent encore l'unique mode de traitement employé. Je dois dire cependant qu'ici il y avait une complication, c'était une hernie non contenue, ou insuffisamment contenue, qui probablement contribua à prolonger l'état douloureux des entrailles pendant plusieurs jours. Hier encore, nous avons eu sous les yeux, à l'hôpital, une femme qui fut prise en voyageant d'accidents en tout semblables à ceux que nous venons d'indiquer. Vomissements et déjections alvines simultanés, fréquents, bilieux, puis simplement aqueux ; quand la malade est visitée par nous, déjà ces accidents avaient beaucoup diminué ; la peau, le pouls, le facies, sont à leur état normal.

Nous nous bornons à prescrire une pilule de 5 centigrammes d'o-

pium. La nuit est excellente ; la malade demande à sortir et sort dès e matin. Son petit garçon, qui l'accompagnait avec son mari, a offert, nous a-t-elle dit, les mêmes phénomènes ; ils ont disparu spontanément. Ailleurs, le père, la mère, deux enfants sont pris successivement d'accidents en tout semblables à ceux que nous venons de mentionner, et en sont délivrés au bout de vingt-quatre heures, sans autre médication réelle que l'eau froide prise en quantité plus ou moins considérable. Il nous serait facile de multiplier encore ces observations, mais nous ne voyons aucun avantage à le faire, car toutes présentent exactement la même physionomie : explosion de vomissements et déjections alvines simultanés, au milieu de la santé la plus parfaite. Pendant ces violentes secousses, altération de la physionomie, affaissement du pouls ; mais dès que ces accidents se calment, la physionomie reprend son expression normale : le pouls bat avec énergie, la peau est chaude et prépare une diaphorèse active. Ces divers accidents tendent à se dissiper spontanément, et sans laisser trace de leur passage dans l'organisme. Toutefois, il n'est pas douteux pour nous que, lorsqu'ils tendent à se prolonger, lorsque la surstimulation de l'estomac et de l'intestin dépasse certaines limites, l'eau froide est un excellent moyen de ramener celle-ci au type normal. L'opium, sous la forme d'extrait, ou sous celle d'alcoolat, va au même but, et est certainement ici un médicament précieux. Les bains pourraient être également utiles ; mais en vérité, dans un certain nombre de cas, et dans les conditions où ce moyen ne s'improvise pas, le mal aurait presque disparu avant que celui-ci fût préparé.

Nous poserons de nouveau, en finissant, la question que nous avons posée d'abord : Devons-nous voir là l'impression sur l'organisme vivant de la cause, quelle qu'elle soit, qui produit le choléra épidémique (1)? Non certainement, répondrons-nous encore : ces accidents ne sont rien de plus que l'effet d'une influence indigène, habituelle à la diathèse épidémique de la France, pouvons-nous dire : ils sont si loin d'avoir, dans notre opinion, la signification grave dont nous parlons, que nous en tirerions bien plutôt une conclusion inverse, c'est à savoir, l'extinction prochaine, dans une certaine zone de la France au moins, de l'influence cholérique. Enfin, nous ne saurions mieux rendre notre pensée, en tant qu'appréciation pathogénique de l'état morbide dont nous venons de parler, que par les deux paragraphes suivants, de Max. Stoll : « Il y eut çà et là quelques dyssenteries, point encore graves, ou très-peu de *choléra*, qui furent faciles à guérir, puisqu'ils guéris-

(1) Depuis que nous avons rédigé cette note, plus de deux mois se sont écoulés, et l'événement a heureusement confirmé nos prévisions sur ce point.

saient presque d'eux-mêmes. Je regardais cette dernière affection comme le préservatif de la plupart des maladies d'été, comme l'effet d'un éméto-cathartique administré par la nature elle-même (1). »

S.

DE L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE, DANS LE TRAITEMENT DE LA PLEURO-PNEUMONIE COÏNCIDANT AVEC UNE PÉRIODE AVANCÉE DE LA GROSSESSE.

Par le docteur MAZADE (d'Anduze).

Lorsque, dans le traitement de la pleuro-pneumonie, les émissions sanguines restent impuissantes, l'emploi du tartre stibié à haute dose constitue une des méthodes thérapeutiques dont l'importance a été confirmée par des témoignages trop nombreux pour qu'il ne soit pas superflu de signaler de nouvelles preuves en sa faveur.

Il est cependant quelques conditions qui paraîtraient devoir modifier et même exclure une médication aussi puissante. Il n'est point dans mon sujet de les énumérer ni de chercher à les apprécier.

Parmi ces conditions, je me bornerai à indiquer la coexistence de la pleuro-pneumonie avec l'état de grossesse.

On pourrait craindre, dans une telle coïncidence, que l'action du tartre stibié ne provoquât l'avortement à la suite des secousses produites par les vomissements, ou qu'elle ne se reflétât d'une manière fâcheuse sur l'organisme du fœtus.

De pareils accidents ne seraient-ils pas également à redouter du fait seul de l'intensité de la phlegmasie pulmonaire? D'ailleurs, n'est-il pas urgent de combattre avec énergie une maladie qui, par ses progrès, offre un danger imminent?

L'expérience seule peut éclairer une question de cette nature, et qui intéresse à un aussi haut degré la médecine pratique.

Deux fois j'ai été assez heureux pour constater, dans une telle circonstance, les bons effets du tartre stibié administré à doses élevées.

Ces résultats sont, il est vrai, peu nombreux. Mais ils ont été si concluants, qu'il m'a semblé utile de les faire connaître.

Obs. Ire. *Septième mois de la grossesse.—Pleuro-pneumonie. — Traitement antiphlogistique. — Effets nuls. — Tartre stibié à haute dose.—Résolution progressive. — Accouchement à terme.— Développement normal de l'enfant.* — Mme ***, âgée de vingt-huit ans et douée d'une bonne constitution, était parvenue au septième mois

(1) *Médecine pratique*, tome III, page 56.

d'une grossesse que n'avait troublée aucun accident morbide, lorsque, sans cause appréciable, elle fut prise, dans la journée du 17 avril 1844, d'un violent frisson, et, dès la nuit suivante, d'une douleur vive sous le sein droit, d'oppression et de toux.

Pendant trois jours, les symptômes n'augmentèrent nullement d'intensité. Seulement, les nuits furent signalées par un mouvement fébrile prononcé.

Le cinquième jour de l'invasion de la maladie, le point de côté devint plus aigu, la gêne de la respiration plus considérable, la toux plus fréquente; les crachats se teignirent de sang. Alors, je fus appelé pour la première fois. Du râle crépitant mêlé au murmure respiratoire se faisait entendre vers le tiers inférieur du poumon droit; la sonorité était légèrement affaiblie dans la région correspondante des parois thoraciques; la face était animée, le pouls plein et accéléré, la peau chaude et sans moiteur, la langue blanchâtre; les mouvements du fœtus avaient lieu plus fréquemment que d'ordinaire; le corps de l'utérus était sensible à la pression. Une saignée fut pratiquée; le sang se recouvrit d'une couenne épaisse.

Le sixième jour, la nuit fut caractérisée par une agitation violente. L'oppression avait augmenté; la douleur latérale conservait toute son acuité; la toux était fréquente, pénible; l'expectoration visqueuse et rouillée. Dans les mêmes points du poumon où nous l'avions constaté la veille, le râle crépitant masquait complétement le bruit respiratoire; dans cette même étendue, la percussion donnait un son mat. La malade éprouvait une grande anxiété et une réaction fébrile intense. Les mouvements du fœtus présentaient toujours la même fréquence et les parois de l'utérus la même augmentation de sensibilité.—Une seconde saignée fut pratiquée. Le sang fut également couenneux.

Le septième jour, j'observai un commencement de respiration bronchique et de résonnance de la voix dans la région du poumon qu'occupait le râle crépitant; la dyspnée s'était accrue; les mouvements du fœtus étaient moins réitérés, le corps de l'utérus était dur et douloureux. Troisième saignée; sang toujours couenneux.

Le huitième jour, pendant la nuit, exacerbation intense, au milieu de laquelle du délire se déclara; respiration anxieuse, brève, accélérée; parole haletante; suffocation plusieurs fois imminente. Le décubitus ne pouvait avoir lieu que sur le dos; le plus souvent même la malade était obligée de rester assise; l'expectoration était laborieuse, toujours rouillée; du râle crépitant était perçu vers le lobe moyen du poumon droit; au-dessous, il avait été remplacé par la respiration bronchique et par la bronchophonie. Le pouls avait acquis une grande fréquence,

en même temps il était dépressible. La physionomie était altérée; la peau était aride, et les propos étaient souvent incohérents. Les mouvements du fœtus n'étaient perçus que faiblement et à de longs intervalles. Le globe utérin offrait toujours de la rigidité; il paraissait à la malade qu'il était le siége de contractions fréquentes.

L'état de dépression du pouls, sa grande accélération, les symptômes nerveux qui se manifestaient et les progrès appréciables de la phlegmasie pulmonaire, me parurent présenter autant de contre-indications à l'emploi de nouvelles émissions sanguines.

Une potion de 180 grammes de véhicule et renfermant 40 centigrammes de tartre stibié fut prescrite dès le matin. Elle fut administrée, par cuillerée à bouche, de deux en deux heures.

Il survint des nausées et des selles diarrhéiques.

Dans la soirée, l'état de la malade ne fut nullement modifié.

Pendant la nuit, l'agitation fut moins intense.

Le lendemain, les envies de vomir et le dévoiement avaient cessé; la dyspnée avait diminué. Du râle crépitant avait reparu dans plusieurs points du lobe inférieur du poumon droit; le bruit naturel de la respiration prédominait dans le lobe moyen. La toux était moins fatigante, l'expectoration plus facile. Le pouls s'était relevé. L'expression de la physionomie était meilleure; la peau halitueuse. La tension de l'utérus était moindre; ses contractions moins réitérées et moins prononcées. Les mouvements du fœtus étaient devenus plus fréquents et plus énergiques.

A dater de ce jour, la résolution de l'inflammation thoracique continua à faire des progrès, tous les symptômes s'amendèrent dans la même proportion, aucun phénomène critique n'apparut.

La médication stibiée fut suspendue le quatrième jour de son emploi. Alors, il ne restait plus qu'une toux légère, une expectoration simplement catarrhale. Le murmure respiratoire et la sonorité des parois thoraciques étaient revenus à leur état normal. Les mouvements du fœtus avaient repris leur mode habituel de manifestation. L'utérus avait cessé d'offrir des signes de rapidité de contraction et d'augmentation de sensibilité.

Dès lors, la convalescence était définitivement établie.

Arrivée au terme naturel de la grossesse, Mme *** accoucha régulièrement d'un enfant bien développé et plein de vie.

Obs. II. *Sixième mois de la grossesse; — pleuro-pneumonie du côté droit;—traitement antiphlogistique sans effets;—tartre stibié à haute dose;—convalescence;—pleuro-pneumonie du côté gauche; —émissions sanguines, sueurs; guérison. Accouchement à terme.*

—*Développement normal du fœtus.*—Mme ***, âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution nerveuse et délicate, était parvenue au sixième mois de la grossesse.

Sans cause connue, elle fut atteinte, dans le mois de février 1846, de pleuro-pneumonie du côté droit, que caractérisèrent, les premiers jours, une douleur vive sous le sein droit, une toux fréquente, une expectoration visqueuse et une fièvre intense.

Le cinquième jour, malgré l'emploi de trois saignées et de plusieurs applications de sangsues, les symptômes avaient acquis un haut degré de gravité. Il y avait orthopnée, expectoration difficile, agitation extrême; de temps en temps du délire. Dans le tiers inférieur du côté droit de la poitrine, on constatait de la matité, la respiration bronchique et la résonnance de la voix.

L'imminence du danger, l'impuissance du traitement antiphlogistique et l'exemple de succès que m'avait offert l'emploi du tartre stibié, à doses élevées, dans une circonstance analogue, me déterminèrent à recourir à l'administration de ce médicament, à la quantité de 30 centigrammes par jour.

Il y eut d'abord des vomissements et un léger dévoiement. Bientôt, la tolérance du remède s'établit.

Dès le troisième jour de l'usage de cette médication, la résolution de la phlegmasie pulmonaire s'était opérée.

Le huitième jour d'une convalescence confirmée, Mme *** but de l'eau fraîche, en grande quantité. Dès le soir même, elle éprouva du frisson et une douleur aiguë qui siégeait sous le sein gauche et qui se propageait jusqu'à l'épaule.

Les jours suivants, les signes les plus graves et les plus caractéristiques d'une pleuro-pneumonie du côté gauche se manifestèrent.

Le septième jour de l'invasion de cette nouvelle phlegmasie, il existait un mouvement fébrile et une anxiété intenses. Il y avait absence de sonorité et de bruit, respiration et perception de respiration bronchique et de bronchophonie dans les parties latérales et postérieures de la base du côté gauche du thorax.

Deux saignées avaient été pratiquées; de nombreuses sangsues avaient été appliquées.

Je me proposais d'employer une seconde fois la médication stibiée, lorsqu'une sueur abondante se déclara. Sous l'influence de ce mouvement critique, la résolution de l'inflammation s'accomplit rapidement.

Pendant l'existence de ces deux invasions, si rapprochées, de pleuro-pneumonie, les mouvements du fœtus furent plus limités et plus rares;

l'utérus exécuta plusieurs fois des contractions très-appréciables et qui paraissaient annoncer un accouchement prochain.

Cependant l'accouchement n'eut lieu qu'à son terme naturel, et l'enfant qui vint au jour était bien développé et bien viable.

La première observation nous offre les phénomènes bien caractérisés d'une pleuro-pneumonie se déclarant chez une femme parvenue au septième mois de la grossesse.

Dès le huitième jour de l'invasion de la maladie, les renseignements fournis par l'auscultation et par la percussion indiquaient qu'il y avait hépatisation d'une partie du poumon droit. En même temps, les symptômes généraux annonçaient un danger imminent. Les mouvements du fœtus se ralentissaient; des contractions utérines présageaient un accouchement prochain. Jusqu'alors, un traitement antiphlogistique énergique avait été vainement employé. Fallait-il insister encore sur les émissions sanguines? Le mal s'aggravait. D'ailleurs son mode actuel d'expression paraissait contre-indiquer la continuation de cette méthode thérapeutique. Comme ressource extrême, l'administration du tartre stibié à haute dose fut tentée. Dès le lendemain de l'emploi de cette médication, les symptômes locaux et généraux s'amendèrent. La résolution de la phlegmasie du parenchyme pulmonaire commença à s'opérer. Le quatrième jour, cette résolution était complète. Aucun mouvement critique ne se manifesta en même temps.

Pendant que cette amélioration se déclarait et à mesure qu'elle progressait, la mobilité du fœtus se rétablissait et les phénomènes de rigidité et de contractions que présentait la matrice se dissipaient. Ainsi, il exista une réelle corrélation entre l'état du poumon et celui de l'utérus.

Dans la seconde observation, nous voyons, à une époque également avancée de la grossesse, se reproduire deux fois et à de courts intervalles une pleuro-pneumonie grave.

Pendant la première invasion de cette phlegmasie, une grande analogie rapproche le fait du précédent sous le rapport des phénomènes morbides et sous celui des résultats thérapeutiques.

Un traitement antiphlogistique énergique se montra ici pareillement impuissant.

Il existait les signes rationnels du deuxième degré de la pleuro-pneumonie. Les mouvements du fœtus étaient obscurs. On observait aussi des contractions utérines réitérées, lorsque la médication stibiée fut administrée.

Sous l'influence de cette médication, la résolution de l'inflammation du poumon s'opéra rapidement, et les désordres survenus du

côté de l'utérus diminuèrent proportionnellement aux progrès de cette résolution.

La convalescence était à peine commencée, qu'une nouvelle pleuro-pneumonie du côté opposé se développa. Les mêmes phénomènes locaux et généraux et la même influence sur l'utérus apparurent comme la première fois. Mais au moment où nous nous proposions de recourir de nouveau au tartre stibié à haute dose, une transpiration abondante s'établit; elle jugea promptement cet appareil de symptômes graves.

Ces deux invasions successives et si rapprochées de pleuro-pneumonie, et l'emploi énergique des médications antiphlogistique et stibiée ne troublèrent nullement le cours de la grossesse et le développement du fœtus. C'est là une chose bien digne de remarque!

Les faits que j'ai rapportés dans ce travail témoignent que le tartre stibié administré à haute dose agirait aussi efficacement dans les pleuro-pneumonies coïncidant avec l'état de grossesse, que dans celles qui ne présentent pas cette coexistence. Que si cette médication était susceptible de provoquer l'avortement, un tel résultat aurait eu lieu dans les conditions que nous avons signalées, conditions au milieu desquelles il existait des menaces irrécusables d'accouchement prématuré. Enfin, nous ajouterons que cette médication, en favorisant la résolution de la pleuro-pneumonie, a exercé consécutivement une influence heureuse sur l'état de l'utérus et sur celui du fœtus.

Cependant, de tels témoignages ne reposeraient que sur un nombre trop limité d'exemples. Avant de les adopter pour conclusions, il est nécessaire qu'ils soient sanctionnés par des expériences plus souvent répétées. J. Mazade.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DE CERTAINS ANÉVRYSMES SANS OPÉRATION SANGLANTE, A L'AIDE DE LA GALVANO-PUNCTURE.

Par M. J. E. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les conquêtes dont la chirurgie agrandit son domaine par des emprunts faits aux sciences physico-chimiques ont, par leur nature même, des avantages et des inconvénients particuliers. Si les acquisitions de ce genre sont parfois d'une exécution difficile dans le procédé, et peuvent faillir quand on n'observe pas strictement toutes les conditions opératoires, elles sont aussi susceptibles d'une démonstration rigoureuse quand

on a soin de s'astreindre aux règles de l'art. De là les succès ou les insuccès, suivant qu'on remplit ou non toutes les indications de la méthode. De là les opinions divergentes qu'on se forme sur sa valeur thérapeutique. Plus la manœuvre est délicate et difficultueuse, plus ces remarques acquièrent de vérité. Telle a été, sous certains rapports, l'histoire de la galvano-puncture dans le traitement des anévrysmes. Toutefois, depuis mes premières communications à l'Académie des sciences en octobre 1845, la question a fait d'immenses progrès, grâce au concours qu'ont bien voulu prêter à la nouvelle méthode certains chirurgiens français et étrangers (1).

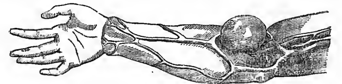
Aujourd'hui, les guérisons obtenues par ce moyen se sont beaucoup multipliées tant en France qu'en Italie, en Angleterre, etc. Néanmoins, vu l'importance du sujet et les difficultés qu'il présente, il importe de revenir sur les points principaux du problème, pour en donner une démonstration plus complète par les faits nouveaux qui se produisent. Dans ce but, je relaterai avec détail une belle guérison que j'ai récemment obtenue par la galvano-puncture, me réservant de comparer plus tard, dans un travail d'ensemble, les cas heureux ou malheureux jusqu'ici connus, pour les apprécier dans leur véritable signification.

Voici une observation nouvelle recueillie dans mon service de l'Hôtel-Dieu par M. P. Jacquemet, élève des hôpitaux de Lyon.

Obs.— *Saignée malheureuse; piqûre de l'artère brachiale; anévrysme faux consécutif au pli du coude. Guérison par la galvano-puncture.* — Anselme Verger, âgé de vingt-neuf ans, charron à Rives (Isère), fut saigné pour des étourdissements, au commencement de février 1849, par un officier de santé âgé de plus de quatre-vingts ans. Le sang s'étant arrêté de lui-même, on appliqua sur la plaie de la lancette le bandage compressif ordinaire. Le lendemain, la peau était ecchymosée au-dessus et au-dessous de la bande. Il survint de la douleur dans le coude et de la gène dans les mouvements; et, au bout de quatre jours, le docteur David, médecin à Voiron, reconnut une petite tumeur anévrysmale. Il pratiqua la compression à l'aide d'une pièce de cinq francs appliquée sur l'anévrysme même. Huit jours après, un chirurgien militaire ajouta l'action d'une compresse graduée sur le trajet de l'artère brachiale. Mais rien ne réussit. M. Gerin, élève interne de l'Hôtel-Dieu de Lyon, alors en congé dans le pays, vit le malade, et l'engagea, comme M. David, à faire le voyage de Lyon, pour s'adresser à M. Pétrequin. Il entra dans son service le 4 mars 1849. M. Pétrequin, à sa visite,

(1) A l'étranger, ils sont en grand nombre. En France, nous pouvons citer M. le docteur Debout, qui a guéri, par la galvano-puncture, un anévrysme traumatique du pli du coude (*Bull. Thérap.*, 1847, t. XXXII, p. 123), et qui a lu, à la Société de chirurgie, d'intéressantes expériences sur ce point; M. le docteur Follet, d'Amiens, qui, trouvant la théorie complète, propose d'étendre la méthode à d'autres applications (Gaz. méd., 1847, p. 12); M. Vial, qui a opéré avec succès, d'après nos procédés de galvano-puncture; M. Abeille, qui a guéri ainsi un anévrysme de la sous-clavière, etc...

constata les symptômes suivants : Au pli du bras droit existe une tumeur ovoïde, du volume d'un œuf de poule, sensiblement aplatie à sa base, qui repose sur l'expansion aponévrotique du biceps. Elle est couchée obliquement sur la région, de manière à se trouver sur le prolongement de l'artère brachiale; elle présente, à son sommet, la cicatrice de la plaie faite par la lancette. Il y a dans ce point rougeur et adhérence de la peau. — Cette tumeur est rénitente, assez bien circonscrite. On y remarque un



mouvement d'expansion et un soulèvement en masse, suivant un rhythme isochrone aux battements du pouls. L'expansion et le soulèvement cessent aussitôt que l'on comprime l'artère au-dessus du coude, et en même temps la tumeur paraît s'affaisser un peu. L'oreille perçoit sensiblement un bruit de susurrus au-dessus, et un bruit de souffle au niveau de l'anévrysme; les mouvements de l'articulation sont gênés; les nerfs médian et radial, qui passent sous la tumeur, ne sont pas le siége d'élancements; il n'y a plus de traces de l'ecchymose primitive. M. Pétrequin démontra qu'on ne pouvait confondre le mal avec ces petits abcès que les saignées développent quelquefois autour des vaisseaux : malgré l'analogie de certains symptômes, on peut toujours les différencier en y apportant les soins nécessaires. Les abcès, il est vrai, peuvent présenter un mouvement de soulèvement, s'accompagner d'un bruit de frôlement par la gêne qu'éprouve la circulation sous la compression de la tumeur, et enfin ne plus offrir aucun mouvement quand on comprime l'artère au-dessus; mais l'abcès n'a qu'un simple mouvement de soulèvement; il ne fait que se déplacer sans expansion; ce qui n'était point le cas pour la tumeur qui, à chaque battement artériel, se dilatait en tous sens, comme par un coup de piston. Le bruit de souffle et le susurrus suffiraient encore pour établir la différence, surtout quand on remarque que la compression du vaisseau au-dessus ne se borne pas, dans l'anévrysme, à faire cesser ces bruits et ces battements, mais encore à diminuer très-sensiblement le volume de la tumeur, qui devient molle et flasque; l'abcès, au contraire, conserve sa consistance. La pression est-elle exercée au-dessous? L'anévrysme augmente de tension et de volume, tandis que l'abcès reste le même. Enfin, on n'avait pas ici ces phénomènes de chaleur, de coloration et de douleur, avec induration à la base de la tumeur, qui caractérisent les abcès de ce genre. On avait, au contraire, tous les symptômes d'un anévrysme traumatique. La piqûre de la veine n'avait pas conservé de rapport direct avec celle de l'artère, et s'était cicatrisée isolément; les veines n'offraient ni engorgement ni dilatation variqueuse sur le membre, ni bruit de susurrus ou de souffle; la compression au-dessus et au-dessous ne réagissait point sur le système veineux de la région, comme dans l'anévrysme variqueux : c'était un anévrysme artériel faux consécutif.

M. Pétrequin discuta scrupuleusement la question du traitement : la compression ayant déjà été faite sans succès, elle parut devoir être rejetée; d'ail-

leurs la peau distendue au sommet de la tumeur était sensiblement amincie; elle devenait rouge et adhérente, et pouvait faire craindre la rupture prochaine de la poche.

Restait la ligature, opération sanglante, qui se complique parfois d'accidents graves. M. Pétrequin crut devoir lui préférer la galvano-puncture, en raison des succès nombreux que cette méthode nouvelle lui a déjà procurés. Le malade fut donc préparé pendant un semaine; et le 10 mars la galvanopuncture fut publiquement pratiquée à l'Hôtel-Dieu, en présence des docteurs Diday, Barrier, Valette, chirurgiens des hôpitaux de Lyon; Félix Jacquot, Cormonche, Cordier, médecins militaires; Chavanne de Berlin, Gérin, Pomiès, Mauche, Bruny, Vernay, Pomeret, etc., médecins de Lyon, ainsi que d'une foule d'élèves. Les symptômes pathognomoniques de l'anévrysme furent constatés successivement par chacun des assistants.

Le malade étant assis, le bras couché sur une table, M. Pétrequin implanta dans la tumeur quatre fines épingles d'acier, à tête en spirale; savoir, deux au côté externe, et deux au côté interne; on se servit d'une pile à colonnes de quarante-cinq éléments, chaque élément ayant environ sept centimètres de côté; elle était chargée avec une forte solution de sel ammoniac. Les épingles se trouvaient aux quatre angles d'un carré qu'on aurait pu décrire sur l'aire de la tumeur, et convergeaient vers le centre sans s'y toucher: les fils conducteurs étaient tenus en les isolant dans une étoffe de soie, et s'engageaient par leur bout dans la tête à spirale des épingles. Un aide comprimait l'artère brachiale.

M. Pétrequin mit le pôle zinc en communication avec l'aiguille supéro-externe, et le pôle cuivre avec l'aiguille supéro-interne. Après trois minutes d'action, la tumeur commençant à se durcir, il fit descendre le pôle zinc sur l'aiguille inféro-externe. Après trois nouvelles minutes, il transporta aussi le pôle cuivre sur l'aiguille inféro-interne, et enfin il remonta le pôle zinc sur l'aiguille supéro-interne pendant trois autres minutes, de manière à *croiser ainsi la direction des courants, sans changer toutefois leur nature.* La pile avait agi pendant douze minutes en tout. La tumeur était généralement dure, mais un peu moins dense en haut, ce qui décida l'opérateur à appliquer encore l'électricité sur les deux aiguilles supérieures pendant deux minutes. L'opération eut un succès complet. M. Pétrequin fit constater par MM. Diday, Barrier, Valette, les progrès successifs que faisait l'induration de l'anévrysme. A la fin les assistants constatèrent aussi comme nous, par le toucher, le résultat définitif.

La galvano-puncture à courants continus fut très-bien supportée par le malade qui souffrait particulièrement quand on changeait les conducteurs de place. Une fois reconduit à son lit, on enleva les épingles et on appliqua sur le pli du bras des vessies pleines d'eau froide. En même temps, on comprima l'artère brachiale à l'aide d'un compresseur que M. Pétrequin a fait construire exprès pour les membres supérieurs. Au reste, nous devons dire que la tumeur ne présentait plus ni pulsation ni soulèvement, et que ces phénomènes avaient cessé pendant la manœuvre opératoire. Le membre s'étant un peu engorgé dans la journée, on fut obligé de desserrer proportionnellement le compresseur. On prescrivit une tisane de violette et tilleul; une potion calmante diacodée, additionnée de 30 gram. de sirop de digitale; diète. Il ne survint point de fièvre; la nuit seulement fut agitée, et presque sans sommeil; d'ailleurs, point de céphalalgie, ni de malaises gas-

triques. Les piqûres des épingles ressemblaient le lendemain à des piqûres de sangsues; l'avant-bras était engorgé, engourdi, avec des fourmillements et des cuissons que l'eau froide soulageait beaucoup.—Le 13, la nuit a été bonne; l'appétit revient; l'engourdissement et la douleur sont moindres, le malade est plus satisfait. — Le 14, l'amélioration continue: le sommeil est revenu; le malade mange avec plaisir; on commence à sentir de légères pulsations dans l'artère radiale près du poignet: il n'y en a aucune dans la tumeur.—Le 15, le compresseur, qu'on a desserré de jour en jour, est définitivement enlevé; le gonflement œdémateux persiste; le ventre est paresseux. (Lavement laxatif).—Le 16, la tuméfaction générale diminue de même que l'anévrysme: il y a engourdissement sans douleur; point de fièvre: appétit et sommeil: la sensibilité, d'abord assoupie dans le membre, devient normale. — Le 18, la tuméfaction se dissipe; l'état général et local sont très-satisfaisants: on continue les vessies d'eau froide.—Le 21, les deux piqûres inférieures, après quelque cuisson, laissent suinter une matière sanieuse et puruleute qui continue de couler pendant quelques jours: la brachiale est oblitérée jusqu'à un pouce et demi au-dessus de la tumeur; la radiale offre des pulsations sensibles.—Le 25, le coagulum de la poche anévrysmatique s'est beaucoup résorbé. On enlève les vessies et on applique des compresses d'eau blanche. — Le 27, on en vient aux compresses de vin aromatique et au bandage roulé. — Le 30 mars, M. Pétrequin nous fait remarquer que la tumeur anévrysmale n'existe plus: les petites ulcérations qui avaient succédé aux escarres produites par l'action galvanique sur les piqûres d'épingles, ont un bon aspect, et sont en voie de cicatrisation. On continue le pansement au vin aromatique. L'opéré est très-content: il n'accuse ni douleur, ni fourmillements: les mouvements de la main deviennent plus faciles et plus puissants.

Le 2 avril, on commence à sentir des pulsations dans la cubitale. Pansement avec le baume du Commandeur pour achever la cicatrisation des petites plaies. L'anévrysme lui-même n'existe plus. Les mouvements du coude, jusque-là difficiles et même douloureux, commencent à s'améliorer. Mais jusqu'au 16 avril on défend l'exercice du membre, dans la crainte d'accidents. A cette époque M. Pétrequin prescrit des frictions avec l'huile camphrée et le baume tranquille: les mouvements des doigts, du poignet, de l'avant-bras deviennent de plus en plus agiles et fermes.

Le 20, la guérison était complète; M. Pétrequin, en explorant le pli du coude, perçoit des battements, non-seulement dans la radiale et la cubitale, mais encore dans toute la continuité de la brachiale qui avait été précédemment oblitérée dans une étendue de plusieurs travers de doigt. Ce résultat important fut constaté plusieurs jours de suite jusqu'au 22 avril, époque où le malade quitta l'hôpital. Depuis longtemps la guérison était définitive, et M. Pétrequin ne le gardait que pour s'assurer que la cure ne se démentait point. Si le séjour total de l'opéré fut de quarante-trois jours, le traitement réel ne fut que d'un mois au plus.

Les résultats heureux de la galvano-puncture furent à diverses reprises vérifiés par M. Diday et plusieurs des médecins qui avaient assisté à l'opération. En outre, M. Pétrequin présenta le sujet à la Société de médecine, dont les membres, réunis en grand nombre, constatèrent avec lui la disparition complète de l'anévrysme et le retour des mouvements et des fonctions du bras: c'étaient MM. Viricel, *président*, Brachet, Montain, Rougier,

Barrier, Foulhioux, Lacour, Gauthier, Rater, Gromier, Roy, Devay, Gubian, Levrat aîné, Caudy, Repiquet, Levrat-Perroton, Rérolles, Davallon, Lecoq, Perrin, Élisée Levrat, Mouchon, Duménil, etc.

Dans ce fait, on trouvera certainement une cure des plus heureuses. Il n'y avait aucune apparence de guérison spontanée; loin de là, la peau s'amincissait au centre de la tumeur ; elle avait pris peu à peu une teinte rouge qui faisait craindre dans ce point le développement d'une inflammation ulcérative, comme cela arrive d'ordinaire sur les téguments distendus par une tuméfaction quelconque. On avait donc à redouter la rupture de la poche anévrysmatique, et conséquemment une hémorrhagie dont la gravité se mesure non-seulement par la perte du sang qui en résulte, mais encore par les opérations sanglantes que cet accident nécessite.

J'eus, à peu près à la même époque, occasion de constater une terminaison de ce genre sur un anévrysme de la temporale.

Obs. II. *Anévrysme traumatique de la temporale. — Rupture de la poche.— Hémorrhagie consécutive. — Guérison.* — Un ouvrier menuisier, âgé de quarante-six ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution vigoureuse, né à Poncin (Ain), mais habitant Lyon depuis longtemps, rentrait un soir chez lui lorsqu'il fut assailli par quelques malfaiteurs. On lui asséna plusieurs coups sur la tête : la tempe notamment fut le siége de plusieurs contusions violentes, et d'une plaie étroite qui donna lieu à une hémorrhagie; le sang fut arrêté avec une compresse. La plaie parut se guérir au bout de quelques jours, mais il se forma plus profondément une petite tumeur de la grosseur d'une forte noisette. Trois semaines plus tard, le malade faisant, tête baissée, de grands efforts pour chausser ses bottes, fut tout à coup inondé de sang. La tumeur temporale était un anévrysme qui venait de se rompre, malgré la cicatrice trop récente pour opposer une résistance suffisante. Cette hémorrhagie fut arrêtée momentanément à l'aide d'une pièce de monnaie, et le malade entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Pétrequin, le 12 avril 1849. La plaie, fort étroite, a quelques centimètres de longueur, elle ressemble assez à une forte égratignure ; on y sent des battements énergiques, parfois avec frémissement artériel, et une sorte de soubresauts imprimés aux ligaments. Le malade est sujet aux céphalalgies ; il est actuellement atteint d'un catarrhe bronchique, et du 10 au 12 avril il a eu dans la nuit trois hémorrhagies à la suite de quintes de toux. On ne pouvait point appliquer la galvano-puncture, car il n'y avait plus, à proprement parler, de sac anévrysmatique où l'on eût pu faire coaguler le sang. M. Pétrequin traita le mal par une compression méthodique avec le nœud d'emballeur, qu'il eut soin de maintenir exactement et de renouveler de temps à autre : les hémorrhagies ne se renouvelèrent plus, et, au bout de quelque temps, le malade sortit de l'hôpital en voie de guérison complète. (Recueillie par M. Adolphe Beauclair, élève des hôpitaux de Lyon.)

Cet accident eût pu devenir funeste au malade, sans les secours efficaces qui lui furent administrés. Or, il ne s'agissait pourtant que d'une petite artère, et encore la région anatomique était-elle favorable à l'emploi de la compression. Mais si, au lieu de la temporale, il eût été

question d'une grosse artère, comme l'humérale, la gravité eût été tout autre. La galvano-puncture eût prévenu, comme dans le premier cas, ces fâcheuses conséquences par la coagulation du sang qu'elle eût déterminé immédiatement dans la poche anévrysmale.

Le mode opératoire doit être exécuté suivant toutes les règles pour réussir : j'ai déjà expliqué dans mon Mémoire général (Gazette médicale de Paris, 1846, n°s 38 et 40), que je préférais me servir d'une pile formée d'éléments séparés dont on peut à volonté augmenter ou diminuer le nombre ; commode à nettoyer et facile à entretenir, elle n'est pas exposée à se déranger sans cesse comme les autres ; on peut, suivant le besoin, lui donner toute la puissance désirable en faisant agir une plus grande quantité d'éléments. La pile à colonnes a fort bien réussi dans ce cas, comme dans les précédents. J'ai continué également à imbiber les pièces de drap de la pile avec une solution concentrée de sel ammoniac ; j'ai constaté qu'elle donne une intensité plus grande que les solutions ordinaires aiguisées d'acides ou de sel marin ; cette nouvelle expérience a aussi été favorable à ce mode particulier de charger la pile.

Avec les courants galvaniques établis d'une manière continue pour éviter toute étincelle, je suis très-bien parvenu à rendre l'opération sinon indolore, du moins supportable, en mettant à l'abri des secousses électriques qui ébranlent douloureusement le système cérébro-rachidien. C'est là un perfectionnement d'une utilité incontestable ; mais je dois ici relever une erreur : on a prétendu que la recherche d'une bonne couche isolante que je recommandais pour les épingles était inutile et que le galvanisme par courants continus suffisait parfaitement pour prévenir la cautérisation des parties molles. Cette assertion est erronée, comme le prouve l'expérience journalière ; et même chaque fois que, faute d'un bon ouvrier, je n'ai pas pu obtenir des épingles recouvertes d'un enduit complétement isolant, cette cautérisation a eu lieu : c'est ce qui est arrivé, à un faible degré, chez notre malade. Je continue à employer des épingles en acier, qu'une expérience comparative a montrées depuis être préférables à celles en platine (Gazette de Milan, 25 juillet 1846). Je les implante dans le sac, de manière que leurs pointes convergent, mais sans toutefois se toucher, de crainte de cautérisation. Je leur ai ajouté des têtes en spirale, modification très-commode pour accrocher les fils conducteurs et favoriser par leur immobilité la continuité du courant galvanique, ce qui est une condition importante pour la réussite complète.

J'ai établi qu'il convenait d'implanter les aiguilles sur des points opposés pour se correspondre et opposer une barrière au cours du sang ;

de les multiplier dans les anévrysmes volumineux, pour obtenir d'emblée un bon nombre de caillots qui offrissent une charpente suffisante pour le coagulum général, et de changer enfin plusieurs fois la direction des courants, afin de faire agir le fluide galvanique dans divers sens, de manière à produire une multitude de filaments étendus, comme la trame d'un filet, au milieu de la masse sanguine. Quelques critiques se sont complétement trompés sur cette dernière manœuvre, en croyant que je faisais agir les deux pôles successivement sur toutes les épingles. Je ne saurais trop protester contre une pareille application de la galvano-puncture ; car la chimie nous enseigne que l'un des pôles viendrait alors redissoudre ce que l'autre a coagulé. Je sais que certains opérateurs ont procédé de la sorte, mais c'est un véritable *contre-sens chimique*. Il faut changer la direction des courants, sans jamais changer leur nature. Ainsi, par exemple, soient quatre épingles implantées dans la tumeur, comme aux quatre coins d'un carré, à savoir : deux en dedans et deux en dehors, les fils conducteurs seront d'abord appliqués, comme chez notre malade, sur les deux aiguilles supérieures, de façon à produire un premier courant *horizontal supérieur*. Notons que le pôle zinc est placé en dehors et le pôle cuivre en dedans. Si l'on abaisse ensuite le pôle zinc sur l'aiguille inférieure, mais toujours en dehors, on aura un deuxième courant *oblique*. Alors, mettant à son tour le pôle cuivre en contact avec l'aiguille inférieure, mais toujours en dedans, on aura un troisième courant *horizontal inférieur ;* enfin si l'on remonte le pôle zinc sur l'aiguille supérieure et externe, il se fera un quatrième courant *oblique* qui croisera le deuxième, et l'on aura décrit un ✕ fermé à ses deux extrémités, comme le montre la figure ci-jointe c z ; mais les courants galvaniques n'auront point changé de c z nature. Il serait superflu d'insister davantage sur l'importance de ces préceptes ; j'espère au moins qu'on ne se méprendra plus sur les détails de cette manœuvre.

Une dernière remarque, d'une grande importance pour l'appréciation de la méthode, c'est le retour de la perméabilité de l'artère : ainsi, avant le départ du malade, je m'assurai du rétablissement de la circulation dans toute l'étendue du vaisseau ; il était assez superficiel, ce qui explique l'accident dont la saignée s'était compliquée ; mais il n'y avait pas une double humérale, comme chez l'élève en pharmacie de Salins, que j'opérai et guéris en juin 1846 ; ni aucune des anomalies que j'ai signalées dans mon *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, pages 567 et 578. L'oblitération de la brachiale avait été bien constatée après l'opération, mais elle ne fut que temporaire ; le sac seul resta oblitéré : la perméabilité de l'artère se rétablit peu à peu, et,

comme j'ai déjà plusieurs fois fait la même remarque, on comprend combien cela importe pour l'avenir de la galvano-puncture. En effet, dans certains cas d'anévrysme latéral, le rétablissement du calibre artériel serait extrêmement utile pour la liberté de la circulation : cet heureux résultat a été des plus évidents chez notre opéré.—La guérison a été rapide; elle ne s'est point démentie. Quelques critiques avaient élevé des doutes sur la persistance de la cure, à propos de deux de nos opérés. Je répondrai ici, touchant le malade de Barcelonnette, que j'opérai en août 1846, que son fils m'écrivit, plusieurs mois après, que la guérison était complète et ne laissait rien à désirer; le prêtre de Saint-Étienne, que j'opérai en août 1846, en présence de M. Leroy-d'Étiolles, a parfaitement guéri. Quant au dernier opéré de Rives, il était guéri avant son départ; il a de plus été suivi pendant plus de deux mois par M. Gerin qui l'a laissé, le 7 juillet 1849, bien portant et ayant repris son métier de charron-forgeron, comme s'il n'eût jamais été malade.

Ces faits n'ont pas besoin de commentaires. J.-E. Pétrequin.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTIONS PHARMACOLOGIQUES SUR LES PRÉPARATIONS DE MANGANÈSE.

Deux praticiens dont le travail de l'un a précédé de peu le travail de l'autre, M. Hannon de Bruxelles et M. Pétrequin de Lyon, tentent la réintroduction des préparations manganésiennes dans la matière médicale. Nous disons réintroduction, parce que déjà le manganèse a été employé par plusieurs médecins dans des cas fort différents : atonie (Vogt, Kapp), fièvres inflammatoires (Schrodter), diarrhée atonique scorbut, chlorose, hystérie, aménorrhée (Brera), épilepsie (Jacques), cachexie (Otto), cardialgie (Odier), maladies syphilitiques et cutanées (Kapp), et que ces applications étaient oubliées. Ajoutons encore que depuis longtemps des eaux minérales qui comptent le manganèse au nombre de leurs principes minéralisateurs et dont nous citerons les suivantes : les eaux de Carlsbad, de Seidchutz, de Marienbad, de Fazenbad en Bohême; d'Ems, de Marienfels, de Langenschwalbach dans le duché de Nassau; de Pyrmont, de Spa dans la Prusse Rhénane; de Tunbrigde en Angleterre; de Cransac en France, ont été constamment employées depuis un grand nombre d'années au traitement d'affections diverses, mais, il est vrai, sans savoir qu'elles contenaient du manganèse ou sans en tenir compte, si ce n'est depuis quelques années pour la dernière, la seule qui soit manifestement manganésienne.

Il découle de ces remarques que si, par suite des travaux de MM. Han-

non et Pétrequin, le manganèse s'intronise définitivement dans la matière médicale, c'est à ces expérimentateurs qu'en reviendra la plus grande part.

L'analogie chimique intime qui existe entre le fer et le manganèse d'une part, et ce fait reconnu récemment par M. Millon, de la coexistence du fer et du manganèse dans le sang, d'autre part, portaient théoriquement à admettre l'analogie thérapeutique entre ces deux métaux. C'est en effet ce que ces expérimentateurs annoncent avoir vérifié par l'expérience clinique. Ainsi donc, pour ces praticiens, dans la médication anti-chlorotique le manganèse doit jouer dorénavant un rôle, sinon toujours simultané, du moins aussi fréquent que le fer. Il ne doit y avoir de différence que dans la dose, la proportion de manganèse dans le sang étant beaucoup plus faible que celle du fer.

Mais ce sont là des considérations thérapeutiques dont nous devons laisser le développement à qui de droit, pour ne nous occuper que de la partie pharmacologique de la question.

Sauf le bioxyde, qu'elles mentionnent comme servant à l'obtention de divers produits, les Pharmacopées sont à près muettes sur les composés chimiques du manganèse. Cependant, nous trouvons dans des Pharmacopées allemandes, hollandaises, italiennes les formules suivantes :

Poudre antichlorotique. (Brera.)

Oxyde de manganèse.... 0, 12.
Magnésie............. 1, 25.

A prendre toutes les trois heures.

Pilules antichlorotiques. (Brera.)

Iode................ 0, 03.
Oxyde de manganèse.... 0, 15.
Miel.............. }
Poudre de réglisse.. } ãã Q. S.

pour une pilule.—Une matin et soir.

Cette préparation représente de l'iodure de manganèse.

Bols emménagogues.

Oxyde noir de manganèse..... 0, 85.
Extrait de sabine....... }
— d'aloès........ } ãã 0, 35.

Faites six bols à prendre dans la journée.

Pommade de manganèse.

Peroxyde de manganèse. }
Axonge.............. } ãã P. E.

Contre la teigne, la gale, les dartres.

Pilules antidartreuses.

Chlorure de manganèse.....		2, 5.
Gomme / Réglisse	} ãã............	1, 25.

F. des pilules de 10 centigrammes.—Dose : 10 à 20 par jour.

Les composés chimiques du manganèse dont M. Hannon propose l'emploi sont les suivants :

Oxyde manganeux. — Il fait la base de tous les produits manganésiens que le médecin belge préconise. Pour le préparer à l'état d'hydrate, forme sous laquelle il est préférable de l'employer, on précipite un soluté de sulfate manganeux par de la potasse ou de la soude caustique. Comme le protoxyde de fer, il se peroxyde facilement au contact de l'air. Aussi ne doit-il être préparé qu'au moment du besoin.

Chlorure manganeux. —On l'obtient en décomposant le carbonate manganeux par l'acide chlorhydrique.

Iodure manganeux. — On le prépare au moyen d'un soluté concentré de sulfate manganeux dans lequel on verse, tant qu'il se produit un précipité (de sulfate de potasse), un soluté concentré d'iodure potassique. On filtre et on évapore la liqueur à l'abri de l'air.

Sulfate manganeux. — On l'obtient soit en décomposant le carbonate manganeux par l'acide sulfurique dilué, soit en calcinant parties égales de sulfate ferreux et de peroxyde de manganèse. Dans ce dernier cas on traite le résidu par l'eau qui dissout le sel. On évapore pour faire cristalliser.

Phosphate manganeux. — On l'obtient en versant goutte à goutte un soluté de phosphate sodique dans un soluté de sulfate manganeux. On filtre ou recueille le précipité et on le dessèche. C'est une poudre blanche.

Carbonate manganeux. C'est le sel manganeux que M. Hannon ainsi que M. Pétrequin semblent surtout préconiser. C'est aussi une poudre blanche. La meilleure manière de l'obtenir est de prendre 17,0 de sulfate manganeux cristallisé et d'y ajouter 19,0 de carbonate de soude. On dissout ces deux sels dans quantité suffisante d'eau pour que la double décomposition soit complète, et on y joint 1,0 de sirop de sucre par 17,0 de liquide. On laisse déposer dans un flacon bouché à l'émeri, on décante, on lave à l'eau sucrée et on fait égoutter. On exprime ou mêle avec 10,0 de miel, on fait évaporer rapidement à l'abri de l'air jusqu'à consistance pilulaire. On fait des pilules de 20 centigr. avec quantité suffisante de gomme.

On voit que c'est toute la manipulation employée pour le carbonate ferreux médicinal. Cependant l'auteur, pour empêcher encore plus com-

plétement la suroxydation, fait ajouter à la masse du charbon, qui a en outre l'avantage, dit-il, de dispenser de l'emploi du mucilage nécessaire à la préparation des pilules.

Tartrate manganeux. Poudre blanche également. S'obtient par double décomposition du tartrate de soude et de sulfate manganeux.

Malate manganeux. En décomposant le carbonate manganeux par l'acide malique, on obtient ce sel qui est très-soluble.

Ces différents sels servent de bases à de nombreuses préparations pharmaceutiques, dont M. Hannon donne les formules, mais dont nous ne reproduirons que les suivantes, comme plus susceptibles d'être adoptées par la pratique.

Pilules d'iodure manganeux.

Iodure de potassium...............	ãã	20 gramm.
Sulfate manganeux................		

On dessèche ces sels, on les pulvérise, on les mêle, on ajoute quantité suffisante de miel, et on divise la masse en pilules contenant 20 centigr. d'iodure. On les conserve en flacons bien bouchés.

Dans cette préparation l'iodure manganeux n'est pas pur ; il est accompagné du sulfate de potasse provenant de la double décomposition. On commence par une pilule et on augmente successivement la dose tous les trois jours jusqu'à six pilules. On suspend le traitement pendant huit jours pour le reprendre ensuite.

Sirop d'iodure manganeux.

On prend 4,0 de carbonate manganeux hydraté, on ajoute de l'acide hydriodique concentré jusqu'à ce que le carbonate soit complétement dissous, et on mêle à ce soluté 530,0 de sirop sudorifique au gaïac et à la salsepareille.

Pourquoi ne pas le préparer directement avec l'iodure ?

La dose de ce sirop est de deux à six cuillerées.

Pilules aux carbonates de fer et de manganèse.

Sulfate de fer cristallisé...............	26 gramm.
Sulfate de manganèse..................	7
Carbonate de soude..................	35
Miel............................	20
Sirop de sucre......................	Q. S.

F. S. A. des pilules de 20 centigrammes.

Dose : deux à dix par jour.

Nous ferons encore remarquer que dans ces pilules les carbonates ferreux et manganeux, qui se produisent par double décomposition, se trouvent mêlés de sulfate de soude.

La formule de pilules donnée par M. Pétrequin revient à cette dernière.

DORVAULT.

ESSAIS SUR LA LEVURE DE BIÈRE.

Une fortune est assurée à celui qui trouvera le moyen de conserver le ferment, ou qui composera une substance qui pourra le remplacer ; tel est le dire des boulangers.

En effet, les boulangers des grandes villes, et ceux surtout qui sont attachés aux armées, s'adressent souvent aux chimistes pour savoir s'il n'y aurait pas un moyen de conserver indéfiniment la levûre de bière, ou de leur composer une substance ayant les mêmes propriétés, mais d'un prix infiniment moins élevé.

Paris possède huit maisons qui s'occupent spécialement de la préparation et de la vente du ferment; les propriétaires de ces établissements se nomment levûriers. Paris a aussi six cent un boulangers qui, chaque jour, emploient pour la fabrication du pain dix-huit cents kilogrammes de ferment, qui représentent une somme moyenne de dix-huit cents fr. Chaque kilogramme de levûre peut développer la fermentation dans cinq cents kilogrammes de pâte de farine de froment.

La levûre est, comme on le sait, le résultat de la fermentation de l'orge et du houblon, de l'orge et du genièvre. Une cuvée de huit mille litres de bière ne produit que cinq à huit kilogrammes de levûre tout exprimée; mais comme la consommation de la bière est subordonnée aux influences de l'hygiène et de l'atmosphère, il en résulte que la levûre des brasseries de Paris est par moments insuffisante, et qu'on est forcé de recourir aux brasseries de Cambrai, de Valenciennes et même à celles de la Hollande, ce qui occasionne aux levûriers de grands embarras et souvent des pertes notables. De là les démarches près de la science.

L'expérience a prouvé depuis longtemps que les levûres du nord de la France sont plus riches en principes fermentescibles que celles de Paris ; aussi les marchands les mélangent-ils pour les livrer au commerce, heureux encore lorsqu'elles ne sont pas falsifiées avec de la fécule de pommes de terre, ou, ce qui arrive le plus souvent, avec de la farine de fèves.

La levûre de genièvre est plus blanche, plus riche en ferment que celle de houblon.

La levûre de houblon a une couleur grise, une odeur particulière qui se dissipe par la dessiccation ; cette substance perd de sa propriété fermentescible à une température de dix-huit à vingt degrés; le froid l'arrête et l'empêche de se développer. Quelques auteurs ont avancé que l'on devait laver à grande eau la levûre pour la débarrasser de l'amertume du houblon qu'elle contient : c'est un tort; car on a constaté que le lavage lui enlevait de ses propriétés fermentescibles. Nous pen-

sons que la propriété de la levûre réside dans un principe volatil, que ce principe volatif est détruit par le contact de l'air atmosphérique, de la chaleur, des acides, des alcalis, de l'alcool et des éthers. Nous basons notre opinion sur l'expérience suivante :

Nous avons placé sur le plateau d'une cloche de la levûre de bière nouvellement préparée et bien divisée. Nous l'avons recouverte de la cloche préalablement enduite d'une pâte molle faite avec du miel et de la farine; après huit heures de contact cette pâte fut mise dans des conditions convenables pour fermenter, et nous avons reconnu que la fermentation s'y développait plus vite que dans celle qui n'avait pas été soumise à la vaporisation du ferment.

Il est probable que l'on conserverait les propriétés de la levûre si l'on trouvait un agent assez puissant pour lui enlever en un instant toute l'eau qu'elle contient, car l'air alors n'aurait plus d'action sur elle. Nous avons essayé la dextrine : le résultat n'est qu'incomplet; cette substance forme avec elle une masse glutineuse qui met encore trop de temps à se sécher. La gomme et la farine ne peuvent être employées. La levûre dans le vide s'y altère promptement. Plusieurs préparations à base de sous-carbonate de potasse ont été offertes au commerce, aucune d'elles n'a rempli les conditions voulues.

En publiant cet article, notre intention n'a pas été de faire connaître nos observations, nous ne les jugeons pas assez importantes; notre désir a été de fixer l'attention de nos confrères sur un sujet qui peut leur rapporter honneur et profit. STANISLAS MARTIN,
pharmacien.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LES BONS EFFETS DE LA POMMADE AU NITRATE D'ARGENT DANS LE TRAITEMENT DES BUBONS VÉNÉRIENS.

Il n'est pas un médecin s'occupant spécialement du traitement des affections syphilitiques qui n'ait eu souvent, dans la pratique, l'occasion de déplorer l'insuffisance de la thérapeutique pour obtenir la résolution des bubons vénériens.

Saignées locales répétées, onctions mercurielles, fondants, cataplasmes, vésicatoires, escharrotiques, etc., ont été tour à tour préconisés; et, il faut l'avouer, tous ces moyens échouent fréquemment. Combien est-il de circonstances où, après les avoir inutilement mis en usage, on est obligé de stimuler ces engorgements pour en hâter la suppuration !

Il appartenait à un médicament qui rend chaque jour les plus grands

services en médecine, à l'azotate d'argent, si avantageusement employé aujourd'hui dans les maladies des yeux, de l'urètre, des intestins, etc., de suppléer à l'insuffisance de ces moyens.

Encouragé par les succès que le docteur Lutens (d'Anvers) a obtenus de la pommade d'azotate d'argent dans le traitement des bubons vénérieus, j'ai eu recours à cette médication dans mon service des vénériens, à l'hôpital de Saint-Étienne, et l'ai employée chez plus de vingt malades affectés d'adénite simple ou double, et à toutes les périodes d'inflammation. Voici les résulats que j'ai obtenus :

Chez douze malades l'engorgement inguinal a disparu après huit ou dix jours de frictions faites matin et soir avec la pommade azotée ; chez quatre autres malades, il a été nécessaire de continuer les frictions pendant quelques jours encore.

Enfin sur quatre malades, j'ai dû pratiquer une ponction avec la lancette, pour donner issue à la suppuration déjà ramassée en un foyer, et prévenir un plus grand décollement de la peau. Ces ouvertures faites, les frictions ont été continuées sur le reste de la tumeur, et la guérison en a été fort prompte.

Deux autres malades étaient, à leur entrée à l'hôpital, dans une période de suppuration tellement avancée que j'ai dû me borner à l'ouverture des tumeurs par l'instrument tranchant et aux émollients.

De pareils résultats doivent encourager les praticiens à employer la pommade au nitrate d'argent dans le traitement des bubons syphilitiques, et dans les circonstances qui offrent de l'analogie avec cette maladie. Nul doute que, par ce moyen, on obtiendra des succès dans le traitement de l'orchite indurée, du bronchocèle, des parotidites, etc.

La pommade au nitrate d'argent n'a pas, au reste, l'inconvénient de provoquer, comme l'onguent mercuriel et autres, des éruptions pustuleuses souvent incommodes ; elle occasionne seulement des démangeaisons. Pour obtenir ce bon résultat, il faut que le sel argentique ait été dissous dans une très-petite quantité d'eau avant son incorporation à l'axonge.

Je dois à la vérité de déclarer que bien que la dose d'azotate d'argent conseillée par le docteur Lutens soit de 4 grammes pour 30 grammes d'axonge, la pommade dont j'ai fait usage ne contenait que 2 gram. de sel d'argent. Les résultats ont été si satisfaisants que j'ai cru devoir ne pas dépasser cette dose.

Robin, D. M.
à Saint-Etienne (Loire).

De la valeur de l'amaurose, comme symptôme initial de l'albuminurie. — La thérapeutique de la maladie de Bright laisse encore tant à désirer, que tous les documents qui paraissent sur cette affection éveillent nécessairement l'attention des praticiens. En annonçant l'existence d'un symptôme initial de cette maladie, M. Landouzy ne pouvait manquer d'exciter notre intérêt. Le *principiis obsta* est si souvent notre seule ressource en médecine ! On le sait trop, les symptômes primordiaux du choléra ont la plus grande importance et ont seuls donné quelque chance dans le traitement du fléau indien. Un symptôme initial de l'albuminurie pourrait peut-être mettre sur la voie pour trouver une médication qui arrêterait dans sa marche une altération morbide jusqu'alors rebelle à tous les traitements, lorsqu'une fois elle est arrivée à une dégénérescence avancée.

Posons d'abord les conclusions du mémoire que notre laborieux confrère vient de présenter simultanément à l'Institut et à l'Académie de médecine ; elles résument son travail. 1° L'amaurose est un symptôme presque constant de la néphrite albumineuse ; 2° elle annonce la maladie, comme symptôme initial, avant l'invasion des autres accidents ; 3° elle disparaît et revient en même temps que le dépôt albumineux ; 4° elle porte à considérer la néphrite albumineuse comme le résultat d'une altération du sytème nerveux ganglionnaire.

Le silence des faits recueillis depuis longtemps ne prouverait rien de bien concluant pour nous, si les faits nouveaux venaient mettre en évidence l'omission de nos devanciers. Ce sont donc ces faits nouveaux qu'il faut interroger et interpréter. Les cas de néphrite albumineuse ne manquent pas dans nos nombreux hôpitaux. Nous savions en rencontrer dans le service de M. Martin-Solon, qui s'occupe avec une si grande persévérance de la thérapeutique de cette cruelle affection.

Voici en quelques mots l'histoire de deux malades de l'Hôtel-Dieu : Au n° 12 de la salle Saint-Lazare, est couché un homme âgé de quarante-deux ans, cantonnier, habitant de Pantin, d'une assez bonne constitution, et jouissant autrefois d'une bonne santé. Ne prenant qu'une nourriture insuffisante, cet homme avait senti ses forces s'affaiblir peu à peu, lorsqu'en juillet dernier il fut pris de somnolence et de pesanteur de tête. Lorsqu'il travaillait la tête baissée, il éprouvait en même temps des bourdonnements d'oreilles et sa vue se troublait ; les objets lui paraissaient plus gros, et ses yeux, quoique injectés, à ce qu'il dit, n'étaient point douloureux. Dans la position verticale, la vue

était normale. Quinze jours plus tard, les pieds, les cuisses et la face commencèrent à s'œdématier. Le malade entra alors à l'hôpital Sainte-Marguerite où il fut soumis à un traitement dont il ne peut rendre compte. Il en sortit trop promptement, bien qu'il ne conservât qu'un peu d'œdème aux malléoles. Cet homme se remit à son travail habituel ; la pesanteur de tête, les bourdonnements d'oreilles et le trouble de la vision étaient entièrement dissipés. Les infiltrations reparurent peu à peu en septembre, et le 18 octobre cet homme fut admis dans le service de M. Martin-Solon. Le facies est pâle et anémique, bien que le cœur et les carotides ne donnent aucun bruit anormal. Il n'y a point de fièvre. La vue est nette. L'anasarque est générale, un commencement d'épanchement existe dans le péritoine, un autre dans la plèvre gauche, avec œdème du poumon de ce côté. L'urine, de couleur feuille morte, donne, par l'acide nitrique, un précipité albumineux qui occupe, dans le tube, une hauteur de sept graduations, sur dix d'urine. L'albuminurie est donc des plus caractérisées, et de cette forme chronique que M. Landouzy a dû le plus souvent observer. Cependant il n'y a pas de symptômes d'amaurose. Le malade est soumis à un régime tonique. (Pilules de Vallet, sirop de quinquina et antiscorbutique, tisane de genièvre, alimentation suffisante.)

Le trouble de la vision signalé au début de cette observation ne saurait caractériser l'amaurose. Il dépend uniquement, ainsi que les bourdonnements d'oreilles, de l'état anémique que présente le malade ; aussi ces symptômes n'ont-ils pas tardé à se dissiper sous l'influence d'un régime approprié. L'amaurose qui survient sous l'influence de cet état anémique se rencontre dans bien d'autres circonstances : un diabétique du service de M. Martin-Solon nous a présenté ce symptôme à un haut degré pendant la période la plus grave de sa maladie, pour disparaître peu à peu à mesure que les forces se sont rétablies.

Le second malade affecté d'albuminurie est couché au nº 48 de la même salle. C'est un jeune homme exerçant la profession de cordonnier, et qui n'a présenté au début aucun trouble de la vision. S'il a cessé d'exercer sa profession, c'est qu'il y a été contraint par l'enflure des membres et non par l'affaiblissement de la vue, et nous nous en sommes assuré non-seulement en faisant lire le malade à une distance à laquelle beaucoup ne pourraient lire ; mais en l'interrogeant, il s'est fâché tout rouge, comme on dit vulgairement, lorsque nous avons voulu le représenter comme admis à l'hôpital pour trouver un remède à l'affaiblissement de sa vue.

La Gazette des Hôpitaux, qui, ainsi que nous, s'est préoccupée de la question, cite le cas d'une journalière qui, pendant la convalescence d'un

choléra épidémique, vit survenir une néphrite albumineuse pour laquelle elle fut admise à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Cruveilhier (salle Saint-Joseph, nº 3). Le 18 octobre, tous les symptômes de l'albuminerie, c'est-à-dire l'œdème des membres, de la face et d'une partie du tronc, existaient à un haut degré, et les urines précipitaient abondamment par l'acide nitrique. La vue explorée avec le plus grand soin, concurremment avec M. le professeur Cruveilhier, n'a pas offert le trouble le plus léger ; elle a présenté toute la netteté de l'état normal.

Que conclure de tous ces faits ? Faut-il admettre que nous n'avons rencontré que des faits exceptionnels, surtout lorsqu'on voit que des observateurs aussi distingués que les auteurs qui se sont occupés spécialement de la néphrite albumineuse, Bright, Rayer, Martin-Solon, ont laissé échapper l'existence de ce symptôme initial ? ou mieux que M. Landouzy s'est laissé entraîner à généraliser quelques faits exceptionnels dont il aura été témoin?

Ainsi que nous devions le penser, les objections s'élèvent en grand nombre contre les conclusions du mémoire de l'honorable professeur de Reims. Depuis que nous avons écrit les lignes ci-dessus, M. Lévy, professeur du Val-de-Grâce, vient d'informer l'Académie (23 octobre), « qu'il a récemment soumis à une exploration minutieuse trois sujets atteints d'affection granuleuse des reins, dans le but de vérifier l'exactitude de l'assertion de M. Landouzy. Sur ces trois sujets, deux n'ont éprouvé aucune altération de la vue ; le troisième, dont la vue n'était nullement troublée au début de la maladie, éprouve, depuis quelques mois, un léger affaiblissement. » Un académicien, M. Honoré, a déclaré, à cette occasion, qu'il avait deux malades atteints de néphrite albumineuse dans son service de l'Hôtel-Dieu, et qu'aucun d'eux n'est amaurotique. M. Roux a bien ajouté avoir observé récemment un cas d'amaurose chez un albuminurique ; mais il n'a pas dit à quelle époque de la maladie ce symptôme s'était manifesté. Il y a longtemps que M. le professeur Forget a démontré dans ce journal que l'amaurose devait être inscrite dans la séméiologie de la maladie de Bright ; ce que nous contestons, c'est sa valeur comme symptôme initial.

Un mot encore sur la dernière conclusion du travail de M. Landouzy, dans laquelle il veut établir un rapprochement entre l'albuminurie et le diabète en les rattachant tous deux à des lésions du système nerveux. Plus que personne, nos tendances nous portent à admettre des lésions primordiales ; mais il y a dans la néphrite albumineuse une lésion rénale toujours incontestable et la même, bien qu'à des degrés variés, qui différencie la maladie de Bright du diabète. Les travaux de

M. Bernard nous semblent établis sur des bases autrement solides. Cependant l'étendue que nous avons donnée à cette réfutation prouvera à M. Landouzy, nous l'espérons du moins, la valeur et l'estime que nous avons pour ses travaux.

Emploi du froid comme anesthésique. — Les accidents graves et même mortels qui ont suivi, dans un certain nombre de cas, l'emploi des anesthésiques et en particulier du chloroforme, ont dû préoccuper vivement les chirurgieus ; de sorte que, tout en voulant conserver dans la chirurgie les bienfaits de l'anesthésie, ils ont dû rechercher s'il n'y aurait pas moyen d'éteindre la sensibilité autrement qu'en agissant sur toute l'économie, par l'intermédiaire de la circulation pulmonaire. L'idée de l'anesthésie locale est venue d'ailleurs de très-bonne heure à l'homme qui a le plus travaillé à la généralisation des anesthésiques, M. le professeur Simpson (d'Édimbourg), qui a montré qu'on pouvait affaiblir notablement la sensibilité en exposant une partie aux vapeurs du chloroforme. Malheureusement, l'anesthésie obtenue de cette manière n'était jamais assez complète, assez absolue pour que l'on pût pratiquer une opération de quelque gravité, et surtout de quelque durée.

Il est un fait bien connu de tout le monde, c'est que lorsque certaines parties du corps ont subi un abaissement considérable de température, elles perdent leur sensibilité. Dans ces circonstances, les doigts, les oreilles, le nez, ont pu être coupés ou mutilés sans que l'individu en eût la conscience. Tout le monde dit alors que les parties *sont mortes;* autrement dit, l'engourdissement de la sensibilité est porté si loin, lorsque l'abaissement de la température est considérable, que l'action des corps extérieurs est à peine sentie. C'est cette circonstance qu'un médecin anglais, M. J. Arnott, a voulu mettre en pratique et faire servir à la médecine opératoire. M. Arnott y a été conduit par les études qu'il a faites sur l'application du froid au traitement de certaines maladies, et en particulier de l'érysipèle. (Voir au Répertoire de ce numéro.) Après avoir fait cesser par l'application momentanée de mélanges réfrigérants, les douleurs vives qu'occasionnent les érysipèles et les phlegmons, il s'est demandé si l'on ne pourrait pas éteindre aussi la sensibilité des parties sur lesquelles on devait faire des opérations. L'événement est venu donner raison à cette prévision, mais dans des limites beaucoup plus restreintes que ne le pensait M. Arnott.

Voici en effet ce dont nous avons été témoin dans le service de M. le professeur Velpeau. En plaçant dans une enveloppe de gaze, dans une vessie ou simplement dans un mouchoir fin, un mélange frigorifique de glace et de sel commun, et en le promenant sur la peau, celle-ci blanchit

rapidement dans les points où a été faite l'application. Si on touche les parties qui viennent d'être en contact avec le mélange frigorifique, le malade ne s'en aperçoit pas. Si on les pique, si on les pince, si on les coupe, il ne s'en aperçoit pas davantage. Mais ici, il faut distinguer : tant que l'instrument ne pénètre pas au-dessous de la peau et du tissu cellulaire, il n'y a pas de sensation; mais dès que l'instrument a franchi les parties superficielles sur lesquelles l'action du froid s'est exercée, la sensibilité reparaît avec tout son caractère. C'est ainsi que, dans une opération d'extirpation du sein pratiquée par M. Velpeau, la malade a subi la section de la peau et du tissu cellulaire sans se plaindre; mais aussitôt que le couteau a touché la glande, la malade a commencé à pousser des plaintes et n'a cessé de le faire jusqu'à la fin de l'opération; tandis que nous avions vu M. Velpeau pratiquer des incisions, des ouvertures d'abcès et même une opération d'hydrocèle, sans que les malades s'en fussent même aperçus.

Ce qui résulte pour nous des quelques expériences dont nous avons été témoin dans le service de M. Velpeau, c'est qu'avec les mélanges frigorifiques tels qu'ils sont appliqués actuellement d'après le procédé de M. Arnott, il n'y a rien à attendre de ces moyens pour supprimer la sensibilité dans les opérations qui doivent intéresser des parties profondes; on ne peut non plus s'en servir dans les opérations qui doivent durer un certain temps, parce qu'à partir du moment où le mélange frigorifique a été enlevé, il s'écoule un temps très-court jusqu'au moment où la sensibilité reparaît. C'est ainsi que le malade sur lequel M. Velpeau a pratiqué l'opération de l'hydrocèle n'a pas senti l'introduction du trocart, mais s'est plaint assez vivement de l'injection d'iode qui a été faite dans la tunique vaginale presque immédiatement après l'écoulement du liquide. Toutefois, nous devons ajouter que nous n'avons pas vu ces applications frigorifiques être suivies de ces réactions vives dont parlent les auteurs. C'est à peine si la peau rougit un peu, et les malades n'accusent pas la moindre douleur. L'application frigorifique occasionne d'abord une espèce de surprise; mais la sensation est très-rapidement remplacée par l'engourdissement; et lorsque l'engourdissement disparaît, il y a une légère sensation de chaleur qui n'a rien de désagréable ni de pénible.

En résumé, les applications frigorifiques ne nous paraissent pas appelées à remplacer le chloroforme; cependant on pourra s'en servir avec avantage, chez les sujets pusillanimes, pour beaucoup de petites opérations qui n'intéressent que les parties superficielles et même pour des opérations intéressant des parties profondes, lorsque ces parties seront susceptibles d'être entourées de toutes parts d'un mélange

frigorifique, comme pour le nez, les oreilles, les doigts, la main, le pied, le pénis et les bourses.

Pour nous, nous n'hésitons pas à le dire, le chloroforme est encore le moyen anesthésique le plus précieux. Efforçons-nous seulement de trouver les moyens d'en régulariser l'emploi, de le rendre plus sûr et de combattre efficacement les accidents auxquels il peut donner lieu. Dans notre prochain numéro, nous appellerons l'attention de nos lecteurs sur les bons effet de l'insufflation pulmonaire dans les cas de mort apparente par le chloroforme. M. Ricord a bien voulu nous communiquer l'observation de deux malades abandonnés comme morts, chez lesquels il y avait absence des contractions du cœur et des pulsations radiales, et qu'il est parvenu à ranimer par l'insufflation de bouche à bouche. Les résultats de cette méthode ont été entre ses mains tellement remarquables et tellement constants, qu'il est persuadé qu'on eût réussi par son emploi à ramener à la vie les personnes qui ont succombé aux inhalations de chloroforme. Nous signalons ces faits à cause de leur importance, en attendant que nous puissions les donner tout au long dans notre prochain numéro.

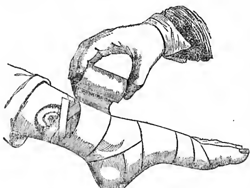
Influence de la grossesse sur la phthisie. — Il est une croyance malheureusement trop répandue non-seulement parmi les gens du monde, mais encore parmi les médecins, c'est que la grossesse, lorsqu'elle survient pendant le cours d'une phthisie pulmonaire déjà déclarée, non-seulement suspend la marche de cette terrible maladie, mais encore est de nature à prolonger la vie des malades. Il serait bien difficile de dire sur quoi repose une pareille assertion et comment elle a pu s'acclimater dans la science. Toujours est-il qu'elle compte de nombreuses adhésions, et que les auteurs ont été jusqu'à conseiller la grossesse comme moyen curatif ou au moins suspensif de la phthisie pulmonaire. M. Grisolle a donc rendu un véritable service à la pratique en réfutant une pareille erreur dans le mémoire qu'il vient de présenter à l'Académie de médecine. Le premier fait qu'il a constaté, et celui sur lequel tous les médecins seront d'accord avec lui, c'est qu'il est rare de voir la conception s'effectuer chez des femmes atteintes d'une phthisie confirmée, tandis qu'assez souvent les premiers symptômes de tuberculisation pulmonaire éclatent tout d'un coup dans le cours de la grossesse, et préférablement dans le troisième ou quatrième mois. Trop souvent on a attribué à des conditions hygiéniques défavorables, aux chagrins, au délaissement, à la misère, le développement de l'affection tuberculeuse, tandis que par le fait c'est la grossesse qui a mis en jeu la prédisposition à la phthisie, comme aurait pu le faire tout autre chan-

gement soit physique, soit pathologique imprimé à l'économie. Maintenant, que la grossesse et la phthisie soient nées presque simultanément ou à peu de distance l'une de l'autre, les observations de M. Grisolle ont montré que les deux états marchent à peu près parallèlement, sans s'influencer. La tuberculisation pulmonaire ne modifie pas, au moins dans la grande majorité des cas, la marche de la grossesse, ainsi que l'ont très-bien établi Désormeaux et M. P. Dubois ; d'un autre côté, si la grossesse exerce dans certains cas une influence quelconque, c'est bien plutôt une influence fâcheuse que favorable, en ce sens que la lésion organique semble parcourir ses périodes un peu plus rapidement qu'elle ne le fait dans l'état de vacuité. Mais il est un point sur lequel nous croyons devoir élever des doutes et que des observations ultérieures nous paraissent devoir modifier, c'est l'observation que M. Grisolle dit avoir faite que, aussitôt après l'accouchement, pourvu toutefois que la maladie ne soit pas parvenue à une période trop avancée, on voit assez souvent la maladie organique ralentir ses progrès ou du moins rester stationnaire. Pour notre part et dans les limites de notre observation, nous serions porté à admettre un résultat tout contraire, en ce sens que nous croyons que le travail de l'accouchement par la perturbation générale qu'il occasionne dans la maladie, et l'état puerpéral par la tendance phlegmasique qu'il développe, sont de nature à précipiter de beaucoup la marche de la maladie, quelle que soit la période à laquelle elle soit arrivée. Il est enfin un point sur lequel nous regrettons que les observations de M. Grisolle n'aient pas porté, c'est de savoir quelle est l'influence d'une ou de plusieurs grossesses sur le développement de la phthisie pulmonaire chez les femmes prédisposées à la tuberculisation. Pour nous, nous serions porté à lui attribuer une grande influence, et c'est souvent à partir d'une grossesse que des femmes bien portantes ont vu, sans aucune autre cause, débuter les premiers symptômes de la maladie qui devait les entraîner au tombeau. Au fond de cette discussion, qui semble toucher purement et simplement à la pathologie, il y a cependant un enseignement pour le thérapeutiste ; cet enseignement, c'est de lui apprendre à craindre le développement de la phthisie, chez les femmes prédisposées, à la suite de la grossesse ; et peut-être même, lorsqu'il est consulté, peut-il aller jusqu'à donner le conseil de ne pas marier de jeunes personnes dont la poitrine donne des inquiétudes. Nous sommes convaincu, pour l'avoir vu dans certaines familles, que des femmes ont dû au célibat l'immunité dont elles ont joui, tandis que leurs sœurs mariées et mères de famille étaient moissonnées autour d'elles par la phthisie. Au reste, c'est un sujet qui appelle encore de nouvelles recherches.

Du traitement des ulcères par l'eau froide.— M. René Marjolin, frappé des inconvénients des bandelettes de diachylon dans le pansement des ulcères, s'est proposé de substituer à cette méthode, trop généralement usitée suivant lui, la simple application de l'eau froide. C'est d'abord un moyen de propreté essentiel à la guérison ; c'est ensuite un moyen de traitement tellement prompt et efficace, que M. Marjolin n'a pas craint d'en entretenir la Société de chirurgie. Voici comment ce chirurgien procède au traitement. Il commence par faire prendre aux malades quelques bains de propreté, puis lorsque des callosités compliquent l'ulcération, il prescrit des cataplasmes ; et dès que ces callosités n'existent plus, il applique sur l'ulcère des compresses imbibées d'eau froide, en ayant la précaution de faire renouveler les lotions aussi souvent que besoin est. Les résultats avantageux qu'il a obtenus par ce mode de traitement l'ont décidé à renoncer à l'emploi des bandelettes agglutinatives. M. Marjolin reproche au traitement de Baynton, d'imprimer à la peau une teinte livide, en lui faisant perdre de son ressort, de sa souplesse ; de déterminer quelquefois des érosions, des déchirures ; et de provoquer enfin des adhérences aux tissus sous-jacents, de la gêne, de la raideur dans les mouvements du membre et parfois son atrophie consécutive. Sous l'influence de l'eau froide, au contraire, l'ulcération se déterge plus vite et plus régulièrement, la peau revêt une meilleure teinte ; elle devient plus ferme, plus extensible, moins adhérente, en un mot. M. Marjolin a employé cette méthode dans les vingt-cinq cas qui ont été admis dans son service à l'hôpital Bon-Secours, depuis le mois de janvier ; il a fait cicatriser ainsi des ulcères assez étendus dans l'espace d'une quinzaine de jours ; et bien qu'à leur sortie il ait recommandé aux malades de revenir à l'hôpital si leur guérison n'était pas complète, il n'en a pas revu un seul. Notre confrère a ajouté, à la vérité, que la cicatrisation, marchant d'abord avec une rapidité surprenante, s'arrête quelquefois et devient stationnaire, alors qu'un seul point reste ulcéré. Mais ce résultat s'observe aussi dans les cas de traitement par l'emploi des bandelettes. En conséquence, M. Marjolin n'hésite pas à considérer l'application de l'eau froide comme le meilleur moyen de traitement des ulcères, et il exprime le désir que ses collègues veuillent bien en faire aussi l'expérimentation.

L'emploi de l'eau froide dans le traitement des ulcères est une méthode fort ancienne ; mais les bons résultats dont M. Morton nous a rendu témoin l'année dernière dans son service de l'hôpital Saint-Georges, à Londres, joints à ceux de M. Marjolin, nous prouvent que ce mode de pansement des ulcères mérite d'être retiré de l'oubli.

Nous ne croyons pas cependant qu'il soit appelé à remplacer le traitement par les bandelettes, qui ont l'immense avantage de permettre au malade de vaquer à ses occupations habituelles. Du reste, nous suivrons avec attention les expériences comparatives instituées et chercherons d'après les faits, à préciser les indications de chacune de ces méthodes. Nous ferons une seule remarque pour l'application des bandelettes agglutinatives ; c'est que l'on doit toujours appliquer un peu de charpie par-dessus les bandelettes de diachylon, afin d'absorber les humidités purulentes qui peuvent s'en échapper, et maintenir le tout, ainsi que le montre la figure ci-dessus, avec un bandage roulé, médiocrement serré et étendu jusqu'au milieu de la jambe. Les malades que l'on laisse marcher ont surtout besoin de cette précaution, et c'est pour ne l'avoir pas prise que plusieurs des membres de la Société de chirurgie n'ont pas retiré du traitement formulé par Baynton les bons résultats que nous avons constatés dès 1831 dans le service de M. Velpeau. (Voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. Ier, p. 64 ; t. IV, p. 181 ; t. IX, p. 308).



Traitement des brûlures. — Pansement par occlusion. — L'on sait les dangers qu'entraînent les plaies résultant des larges brûlures : épuisement des malades, émaciation consécutive à l'abondance de la suppuration, l'excitation nerveuse produite par la douleur des pansements quotidiens, les difformités consécutives aux cicatrices vicieuses. M. Chassaignac les prévient en grande partie par le mode de *pansement* qu'il a appelé *par occlusion*, et qu'il exécute de la manière suivante : on construit sur la partie brûlée une cuirasse avec le sparadrap de diachylon, découpé en bandelettes qui se recouvrent par imbrication. Cette sorte de tégument nouveau est enveloppé lui-même d'un linge fenêtré enduit de cérat, puis recouvert de charpie soutenue par des compresses et des bandes. Ce pansement doit rester en place huit à dix jours. Lorsque la suppuration est abondante, on renouvelle seulement les pièces extérieures, même le linge cératé, mais sans tou-

cher à la cuirasse de sparadrap. Si même quelque partie s'est affaiblie, on la soutient par l'addition de bandelettes supplémentaires, et l'on se borne à en laver la surface avec de l'eau additionnée de quelques gouttes d'eau-de-vie ou de jus de citron. Pendant les huit ou dix premiers jours, le moyen de surveiller assidûment l'état de la blessure soustraite à la vue par la cuirasse emplastique consiste à explorer, à l'aide de pressions douces, non-seulement les parties de l'appareil correspondant à la plaie, mais les parties qui recouvrent ou sont en rapport avec le trajet des vaisseaux lymphatiques et sanguins, les gaînes des tendons, les grands cordons nerveux qui se trouvent dans le champ d'irradiation des parties brûlées. Ce mode de pansement rappelle beaucoup celui de Baynton pour les vieux ulcères ; il s'en distingue cependant en ce que les *pansements* sont plus *rares* encore, et qu'on enlève les produits de la suppuration en lavant, aussi souvent que cela est nécessaire, à l'aide de liquides antiseptiques, les parties extérieures de la cuirasse. Du reste, on enlève celle-ci du huitième au dixième jour, à l'aide de ciseaux que l'on fait glisser dans la rainure d'une sonde cannelée, comme on le fait pour le pansement Baynton.

M. Chassaignac applique ce mode de pansement à toutes les plaies récentes, même celles qui sont accompagnées de fractures et d'écrasement ; mais nous pensons que c'est aux périodes suppuratives des brûlures qu'il est principalement applicable.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

CŒUR (*L'absence des bruits du*) *prolongée pendant plus de cinq minutes n'est pas un signe certain de la mort.* Dans un de nos derniers numéros, nous avons montré que le signe de la mort donné par M. Bouchut, à savoir, la cessation des bruits du cœur prolongée pendant cinq minutes, n'était pas chez l'enfant naissant un signe certain de la mort, et nous avons dit qu'un médecin ne devrait pas, en présence de ce seul signe, interrompre les moyens énergiques que l'art lui fournit pour rappeler à la vie les enfants nouveau-nés. Ce signe a-t-il plus de valeur chez l'adulte que chez l'enfant ? Telle est la question qu'il importe de résoudre ; et si cette question est résolue d'une manière négative, on comprend quelle lourde responsabilité pèse sur la Commission de l'Institut de France qui a pris en quelque sorte sous sa responsabilité le travail de M. Bouchut, et en particulier le signe de la mort tiré de la cessation des battements cardiaques. Les faits de mort apparente sont plus rares chez les adultes que chez les enfants ; car une syncope n'est pas une mort apparente. On comprend par conséquent qu'il est plus difficile de trouver un fait de nature à permettre la vérification du signe de M. Bouchut. Cependant M. Brachet vient de publier un fait qui semble l'infirmer assez pour faire suspendre son adoption définitive comme signe certain et pathognomonique. Voici ce fait : Un homme de trente-trois ans arrivait d'un long voyage, exténué de fatigue ; il garda deux jours le repos, dans la pensée que ce temps suffirait pour rétablir sa santé.

Le troisième jour, c'était le 9 mai dernier, il fit appeler M. Brachet. Un brisement général, un peu de céphalalgie, de l'inappétence, une légère douleur dans l'arrière-gorge, surtout pendant la déglutition, un pouls vif et serré (90 pulsations) et la peau un peu chaude étaient les signes par lesquels se traduisait l'état du malade. Une infusion théiforme de violettes et de feuilles d'oranger, une potion légèrement calmante, un gargarisme émollient et quelques bains de pieds sinapisés furent les moyens dont M. Brachet conseilla l'emploi. Le premier et le second jour, tout se passa, comme on pouvait s'y attendre, sans changement notable. Le troisième jour, à huit heures et demie du matin, M. B. fut appelé en toute hâte. Le malade venait de prendre un bain de pieds, et une défaillance complète en avait été la conséquence. Il était insensible à tout; la résolution des membres était complète, il n'y avait pas de pouls, et l'oreille appliquée sur la région du cœur ne faisait sentir aucune pulsation; il l'y tint au moins trois minutes. Pendant tout ce temps, les stimulants les plus énergiques ne cessèrent pas d'être employés.

M. Brachet réappliqua souvent l'oreille sur le cœur; il ne cessa pas de tenir l'artère radiale sous son doigt. Pendant au moins huit minutes, aucun signe ne fut révélé du côté de la circulation. En même temps que de l'eau bouillante fut jetée sur les membres, M. Brachet instilla quelques gouttes d'éther sulfurique dans les narines. L'action de ce liquide fut nuisible; un léger mouvement spasmodique se fit remarquer dans la lèvre supérieure. Cependant le cœur et l'artère radiale restaient encore muets à l'exploration. Tous les moyens excitants de chaleur et autres furent continués avec persévérance; ils firent rougir la peau partout où ils étaient appliqués. Enfin, après plus de vingt minutes de cet état de suspension de la vie, on sentit un léger frémissement dans le cœur; les battements se régularisèrent bientôt et les yeux se rouvrirent. Le malade revint de cette profonde syncope. — Ainsi, voilà un fait dans lequel la syncope a été accompagnée non pas seulement d'une diminution dans la fréquence des pulsations du cœur, mais d'une suspension complète pendant un temps bien plus long que ne l'a signalé M. Bouchut. Ce peut être un fait exceptionnel, infiniment plus rare que ceux dans lesquels les contractions du cœur persévèrent; mais cette exception s'est présentée une fois, elle peut se présenter encore, il n'est pas de raison qui l'en empêche. Dès lors, la cessation des battements du cœur ne peut pas être un signe certain de la mort. Tant qu'il bat, il y a vie; mais il peut y avoir encore vie, quoiqu'il ait cessé de battre depuis longtemps.

On ne tient pas assez compte, nous l'avons dit, des deux ordres d'actes vitaux à l'aide desquels s'exécutent toutes les fonctions et de l'influence spéciale qu'exercent sur chacun d'eux les deux grands systèmes nerveux, cérébral et ganglionnaire. Les deux vies sont distinctes; par conséquent, l'une peut cesser, l'autre survivre. La vie cérébrale peut être éteinte, et la vie ganglionnaire se conserver, au moins en partie. D'un autre côté, si la vie ganglionnaire semble éteinte, et si on fait appel, par les stimulants, à la vie cérébrale, celle-ci se réveille et réveille avec elle la vie ganglionnaire. Le cœur peut donc cesser de battre pendant quelques minutes, sans qu'on puisse rien en conclure pour la cessation définitive de la vie, et l'on ne doit pas se presser de prononcer que la mort est définitive, parce que le cœur a cessé de battre quelques minutes; il faut donc attendre que d'autres signes viennent confirmer cette présomption. La prudence et l'humanité en font un devoir. (*Gaz. médicale de Lyon*, sept. 1849.)

CONINE (*Du*) *et du* **LEUKOLIN.** — *Influence remarquable de ces deux agents sur le pouls; du parti qu'on en pourrait tirer dans certaines fièvres continues et dans les fièvres intermittentes.* — Les deux substances dont il s'agit ici, bien que d'origine et de nature fort différentes, ont fourni entre les mains d'un expérimentateur allemand, M. le docteur Gustave Wertheim, des résultats physiologiques et thérapeutiques tellement analogues et tellement remarquables dans leur analogie, qu'il ne serait point possible de les séparer dans l'exposition de leurs propriétés respectives.

Le *conine* est, comme tout le monde le sait, le principe actif de la grande cigüe (*conium maculatum*),

que l'on obtient par la distillation de la semence et des fleurs de cette plante avec des alcalis. Il forme, avec les acides, des sels qui se dissolvent facilement dans l'eau, l'alcool et l'éther. On pourrait, par conséquent, l'administrer sous forme de solution aqueuse, alcoolique, éthérée, ou le prescrire en l'unissant avec des acides étendus. M. Wertheim, dans ses expériences, s'est servi uniquement de la solution aqueuse du conine pur.

Le *leukolin* ou *chinolin* ne se trouve point tout formé dans la nature : on l'obtient soit de la distillation sèche du charbon de terre, mélangé avec le picolin, l'anilin et d'autres substances, dans le goudron minéral; soit de la quinine, de la cinchonine et de la strychnine. Cette substance, d'une consistance huileuse, limpide comme de l'eau, à l'état de pureté, d'une saveur amère, pénétrante et d'une odeur analogue à l'acide prussique, très-difficilement soluble dans l'eau, se dissout très-bien dans l'alcool, dans l'éther et dans les acides étendus, avec lesquels elle forme des sels très-cristallisables. M. Wertheim a employé, à l'intérieur, la combinaison de leukolin avec l'acide sulfurique, en dissolution dans l'eau. Pour l'usage externe, il a eu recours à une solution de leukolin par dans une petite quantité d'alcool, en y ajoutant des quantités considérables d'eau. — Voici, du reste, les trois formules dont ce médecin s'est servi pour les deux substances en question :

1° Pour le conine,

Pr. Conine pur.... grains 1/64, 1/32, 1/16, etc.
Eau distillée... 6 onces.

A prendre deux cuillerées à bouche toutes les deux heures.

2° Leukolin pour usage interne,

Pr. Sulfate de leukoline. grains 1/2, 1, 1 1/2, etc.
Eau distillée....... six onces.

Toutes les trois heures, deux cuillerées à bouche.

3° Leukolin pour usage externe,

Pr. Leukolin pur..... grains 2, 3, etc.
Alcool........ Q. S.
Eau de fontaine... deux onces.

A mélanger avec une certaine quantité d'eau, pour lotions.

Les résultats obtenus au point de vue thérapeutique sont les suivants : L'effet le plus évident et le plus sensible de ces deux substances se fait sentir sur le pouls. Elles ont toutes deux la propriété de déprimer le pouls. Le conine agit ainsi quand le pouls est plein et dur, et, d'après cela, quand la fièvre offre encore un caractère inflammatoire; Le leukolin, au contraire, lorsque le pouls est faible et accéléré, lorsque la fièvre prend un caractère asthénique. — Lorsque le pouls, primitivement fébrile, a été ramené, par l'emploi méthodique de l'une ou l'autre de ces deux substances, à son type normal, on peut, en augmentant les doses, déterminer un abaissement considérable au delà du nombre normal des pulsations. — C'était là une indication plus que suffisante pour essayer ces substances dans les différents états pyrétiques. C'est surtout dans les accès des fièvres intermittentes et dans le typhus, que M. Wertheim a fait ses expériences; voici ce qu'il a constaté :

Dans la fièvre intermittente, quarte ou tierce, il a pu arrêter l'accès avec 1/2 grain de conine ou 2 1/2 grains de leukolin; dans les accès quotidiens, la dose indiquée, pour vingt-quatre heures, est, pour le conine, de 3/8 de grain; pour le leukolin, de 2 grains.

Dans le typhus, lorsque le pouls est fréquent et sthénique, c'est le conine qui est indiqué; s'il est petit et asthénique, c'est au leukolin qu'il faut avoir recours. Une fois arrivé à l'état normal, le pouls doit encore être déprimé par des doses croissantes de médicaments, qu'il faut continuer quelque temps.

Au moyen de ce traitement, la violence et la durée de la maladie sont diminuées; l'auteur pense même qu'en l'employant au début de l'affection, on peut en arrêter la marche, pourvu qu'on administre des doses proportionnées à l'état du pouls. (*Gaz. méd.*, septembre 1849.)

EMPOISONNEMENT *par les baies de daphné mézéréon*. Le daphné mézéréon est un arbrisseau cultivé dans nos jardins et dont les baies, avant d'arriver à leur maturité, ont beaucoup de rapport par leur couleur et par leur aspect avec les fruits du groseillier rouge. Ces baies contiennent des graines d'une saveur âcre et poivrée; fort employées par les paysans russes comme purgatives, on les retrouve encore employées au

même titre par les paysans du Dauphiné; seulement ces derniers n'en donnent que huit ou dix, tandis qu'en Russie on en prend trente ordinairement; enfin, d'après Linnée, on s'en sert en Suède pour empoisonner les loups et les renards. Quoi qu'il en soit, les cas d'empoisonnement par les fruits du daphné mézéréon ne sont pas très-communs, et c'est ce qui nous engage à dire quelques mots d'un accident de ce genre arrivé à Kœnigsberg. Deux enfants, l'un de quatre ans, l'autre de deux ans, furent laissés à jouer dans un jardin. En rentrant chez lui, le premier se plaignit d'une sensation de brûlure dans la bouche, bientôt suivie de nausées; il avoua qu'il avait avalé des baies de daphné. On lui donna du lait en abondance; il vomit une grande quantité de ces baies, les unes mastiquées, les autres encore intactes; cependant il continua à se plaindre de sécheresse et de chaleur à la gorge, ainsi que de brûlure à la région de l'estomac. La muqueuse buccale fournissait en abondance du mucus rougeâtre. Nausées sans vomissements; pouls régulier. Quant à la petite fille, âgée de deux ans, elle ne paraissait pas indisposée, quoiqu'elle eût mangé des baies comme son frère. M. Schwebé, auquel nous devons ces détails, prescrivit un vomitif aux deux enfants. La petite fille rendit huit baies entières. Malgré ce vomitif, une heure après, les deux enfants étaient plongés dans un état de narcotisme complet, avec coma, mouvements convulsifs des yeux et des extrémités supérieures, dilatation et insensibilité des pupilles. Des bains chauds, des affusions froides sur la tête, des sinapismes aux extrémités, etc., firent cesser les accidents. Le lendemain, les deux enfants étaient parfaitement rétablis. On voit que les accidents produits par l'ingestion des fruits du daphné mézéréon se rapportent à l'empoisonnement par les narcotico-âcres; c'est dire que le traitement devra être celui de cet empoisonnement : les vomitifs et les purgatifs au début pour chasser le poison, et ensuite les affusions froides, les sinapismes, comme moyens exterieurs; le café, les acides à l'intérieur et, dans quelques cas, des sangsues à l'épigastre ou à la base du crâne si les accidents continuent vers l'estomac ou vers le cerveau. (*Casper's Wochenschrift*).

ÉRYSIPÈLE DE LA FACE (*Des applications de glace dans le traitement de l'érysipèle et en particulier de l'*). Il n'est personne qui, en voyant les rougeurs vives des surfaces érysipélateuses, en entendant les malades se plaindre d'une sensation de chaleur brûlante, de tension et de battements dans les parties malades, n'ait songé à recourir aux applications froides. Mais la plupart des praticiens ont été retenus dans cette tendance par la crainte de déterminer une rétrocession de l'inflammation vers les parties intérieures. A tort ou à raison, cette frayeur de la rétrocession a lié les mains aux médecins dans le traitement des fièvres éruptives, et de l'érysipèle en particulier. Il est sans doute quelques faits qui pourraient faire croire à la possibilité de ces rétrocessions; mais ces faits-là ne pourraient-ils pas s'expliquer aussi par l'intensité de l'inflammation et sa propagation naturelle aux organes intérieurs? C'est là ce qu'il est permis de croire, quand on voit Currie et un grand nombre de médecins anglais employer, dans les fièvres éruptives, et surtout dans la scarlatine, les lotions froides et les affusions avec une hardiesse qui nous étonne et un succès qui nous surprend encore davantage. C'est que si, dans les fièvres éruptives et dans l'érysipèle, l'élément inflammatoire cutané n'est pas tout, il occupe cependant une grande place dans la maladie, et que l'inflammation de la peau, en excitant une fièvre très-vive, ajoute encore à la probabilité des complications. Nous partageons donc jusqu'à un certain point les opinions émises récemment par un médecin anglais, M. J. Arnott; il y a avantage à faire de temps en temps et pendant un espace de quelques minutes au plus des applications froides sur les surfaces malades; mais nous ne voyons pas la néessité de placer sur ces surfaces enflammées, ainsi que le fait ce médecin, un mélange frigorifique de glace pilée et de sel commun, que l'on enlève aussitôt que le point de la peau sur lequel a lieu l'application a pris une couleur blanche. De cette manière, on enlève rapidement sans doute une grande quantité de calorique; mais peut-être y aurait-il inconvénient à y persister, sous peine de voir une réaction très-énergique, tandis que des lotions avec de l'eau dégourdie ou froide, suivant l'effet que l'on

veut obtenir, nous paraissent de nature à être prolongées pendant un peu plus longtemps et avec plus de profit pour les malades. Au reste, il ne faut pas oublier que les frictions d'axonge récente remplissent à peu de chose près les mêmes indications que les lotions froides et fraîches, de sorte que, dans les cas où on pourra craindre une rétrocession, il sera indiqué de s'en tenir à celles-ci. (*London med. Gaz.*)

GLACE. *Son emploi dans le traitement des maladies des yeux.* Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur les bons effets de l'eau froide comme topique, et en particulier des douches froides dans le traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. M. Chassaignac, poursuivant ses recherches sur ce point de thérapeutique chirurgicale, est parvenu à constater des effets non moins avantageux de l'application de la glace dans le traitement des diverses espèces d'ophthalmies graves. Il a traité par ce moyen un grand nombre de cas d'affections oculaires, depuis les ophthalmies qui succèdent aux opérations de cataracte et aux violences extérieures, jusqu'à l'hypopyon et aux inflammations les plus intenses de la cornée, et il est arrivé à cette conclusion, que l'appareil de la vue est celui où se montre, au plus haut degré, la puissance des applications continues de glace. Nous signalerons, entre autres, un cas d'ophthalmie complexe, mélange de kératite, de blépharite, d'iritis et de conjonctivite, avec imminence de lésions irremédiables, dans lequel les bons effets immédiats de la glace furent obtenus au moment même où le traitement ordinaire par les émissions sanguines, le calomel et l'onguent napolitain belladoné, employé avec une certaine énergie, venait d'échouer. Dans un autre cas de kératite chronique, avec perforation imminente de la cornée, ramollissement presque gélatiniforme et pultacé de cette membrane, et abondante vascularisation de toute la cornée, la guérison fut obtenue en trente jours par les applications continues de la glace. — Nons devons dire toutefois que, de l'aveu même de M. Chassaignac, l'application continue de la glace, bien que paraissant avoir une puissance de traitement extraordinaire sur les symptômes suraigus des ophthalmies les plus graves, ne suffit point cependant pour détruire tous les symptômes de toute espèce d'ophthalmie. Ainsi il est certains états pathologiques sur lesquels ce moyen n'a point paru avoir de prise; tels sont, par exemple, les cas de granulations palpébrales qui accompagnent diverses ophthalmies chroniques. Après dix, douze ou quinze jours d'application de glace, certaines ophthalmies qui s'étaient considérablement améliorées dès les premiers jours, au point de faire croire à leur guérison prochaine, finissaient par rester stationnaires. Dans ces cas, on faisait plus avancer les choses en trois jours par l'instillation d'un collyre à l'azotate d'argent, ou par l'attouchement avec le crayon de sulfate de cuivre, que par dix jours d'application soutenue de la glace. Aussi M. Chassaignac est-il loin de vouloir proposer cette méthode comme exclusive, et propose-t-il lui-même de l'associer avec les méthodes thérapeutiques en usage.

Nous nous associons d'autant plus à cette réserve de M. Chassaignac, que ces faits ne font que confirmer en réalité un précepte de thérapeutique que nous avons souvent rappelé et sur lequel on ne saurait trop insister, savoir: que l'application des réfrigérants et de la glace en particulier convient spécialement, mais ne convient seulement que dans les inflammations traumatiques. Ce précepte général reçoit surtout ici sa valeur de la gravité que peuvent acquérir ces inflammations sur un organe aussi délicat et aussi important que l'œil.

Quant au procédé que M. Chassaignac met le plus habituellement en usage pour cette application, il consiste en un appareil spécial que voici: une sorte de demi-masque en fil de fer très-fin et très-léger est appliqué sur la face, dont il ne doit recouvrir que l'espace occupé par les orbites. Cet appareil est maintenu en place par l'élasticité d'un ressort qui s'étend suivant la ligne médiane de la tête, depuis l'occiput jusqu'à la partie supérieure du masque. Du côté de l'occiput, le ressort se termine par une petite pelotte, afin de ne pas fatiguer la partie sur laquelle porte la pression du ressort. Ce dernier supporte à son extrémité antérieure le masque à deux parois concentriques, destiné

à servir de réceptacle pour les fragments de glace. Quand on distend le ressort, dans le but de le mettre en place, la courbe qu'il décrit cède suffisamment pour comprendre le diamètre antéro-postérieur de la tête dans la courbe que décrit le ressort. Celui-ci, abandonné à son élasticité, exerce une sorte de pincement qui le retient en place, ainsi que le masque auquel il sert de support. Le masque lui-même représente une espèce de hotte ou de petit panier en nid de pigeon, largement béant à sa partie supérieure. Il a deux parois: l'une antérieure, formée par un grillage très-fin; l'autre postérieure, également formée par un grillage dans lequel sont pratiquées deux larges orifices correspondant chacun à l'un des orbites. Une fois l'appareil en place, il ne s'agit plus que de mettre dans l'intérieur du nid de pigeon les petits sachets renfermant des fragments de glace. La substance la mieux appropriée à la confection de ces petits sachets est l'appendice cœcal du mouton préparé. Les sachets ainsi fournis sont d'une application facile et d'une grande résistance, deux conditions essentielles pour le but qu'on se propose. (*Gazette des Hôpitaux*, septembre 1849.)

HERNIE OMBILICALE *congéniale, opérée avec succès par la méthode sous-cutanée.* La méthode sous-cutanée, si féconde en heureux résultats, n'a été appliquée jusqu'ici qu'un très-petit nombre de fois au traitement et à la cure radicale des hernies; une fois ou deux, si nous nous en souvenons bien, avec succès, par M. J. Guérin, qui en a le premier émis l'idée; une fois sans succès, mais aussi sans aucun accident par M. Velpeau. Voici un fait nouveau, dû à M. le docteur Cardan, qui vient sanctionner les avantages attribués à cette méthode, et par l'innocuité de l'opération, et par son résultat définitif.

Il s'agit d'un enfant de huit ans, porteur d'une hernie ombilicale congéniale, tellement volumineuse que, lorsqu'il avait couru, plus du tiers du paquet intestinal descendait dans le sac; dans ces moments la hernie dépassait le milieu de la cuisse et gênait la marche. L'ouverture du sac herniaire allait de la symphyse pubienne jusque vers l'épine iliaque inférieure, à un travers de doigt près. En faisant coucher le malade, les intestins étaient facilement refoulés dans la cavité abdominale; il suffisait de le faire coucher sur le dos, les jambes un peu fléchies, et de relever le sac; en pressant, les intestins glissaient et reprenaient leur emplacement normal.

Voici de quelle manière M. Cardan a procédé à l'opération; nous le laissons parler lui-même: «..... L'enfant étant couché sur le dos, les jambes relevées, les genoux fléchis et écartés, je fis rentrer les intestins, et tirai le sac de haut en bas, de manière à conserver à ses parois toute leur grandeur, malgré la contraction des tissus qui se rétractaient.

«Un aide appuya l'index de la main gauche au-dessus de l'arcade pubienne, de manière à comprimer les deux parois du sac l'une contre l'autre, sur le rebord supérieur de l'arcade. Les choses ainsi disposées, l'enfant solidement tenu en place, et après m'être assuré qu'aucune anse d'intestin grêle n'était comprimée et ne se trouvait hors de la cavité, je séparai les deux parois du sac, j'introduisis un trocart; aussitôt que l'instrument eut pénétré dans le sac, je retirai le dard de quelques lignes, afin de porter directement le bout de la canule à l'ouverture du sac, entre l'os pubis et le doigt qui le comprimait. Une fois le bout de la canule arrivé en ce point sans s'être accroché en route, je repoussai le dard à sa place, et fis plusieurs éraillures sur les deux lèvres de la séreuse: ces éraillures furent assez nombreuses et profondes; il s'écoula un peu de sang qui sortit par la canule à la fin de l'opération. Un bandage solide fut appliqué avant que l'aide eut retiré son doigt et cessé la compression.» Dans la crainte d'une inflammation du péritoine, M. Cardan fit appliquer le soir, dix heures après l'opération, douze sangsues, sans déranger la pelote du bandage; l'enfant fut maintenu sur le dos et à la diète lactée. Il y eut peu d'inflammation du sac; il s'y épancha un peu de liquide qui ne tarda pas à être résorbé. Les parois du sac furent tuméfiées et chaudes, même un peu infiltrées pendant les quinze premiers jours; mais il ne se produisit rien de semblable à une péritonite. Pendant six semaines que l'enfant resta au lit, et qu'on veilla avec soin au maintien du bandage,

le sac perdit peu à peu de son volume; ses parois se rétractèrent et revinrent sur elles-mêmes. Le bandage fut supprimé dix-huit mois après l'opération. La hernie n'a point reparu, la guérison a été radicale et s'est maintenue. (*Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, août 1849.)

IMPÉTIGO ET ECZEMA CHRONIQUE (*Bons effets des lotions permanentes de sous-carbonate de soude dans le traitement de l'*). En thérapeutique, le mode d'application d'un médicament a une bien plus grande importance qu'on ne saurait le croire. Employé sans suite, sans règle, sans précaution, un médicament peut être inutile et même dangereux, tandis qu'appliqué de tout autre manière et surtout avec persévérance, il eût probablement rendu de grands services. Prenons pour exemple l'emploi des lotions alcalines dans les maladies de la peau et surtout dans l'eczema et l'impétigo. Recommandées par tous les auteurs, il est rare cependant de leur voir produire des effets bien marqués et surtout des effets durables. A quoi cela tient-il, sinon à ce que les malades se bornent à faire quelques lotions de temps en temps avec irrégularité, au lieu de maintenir ces lotions en contact permanent avec les surfaces malades? C'est là le point sur lequel M. le professeur Hughes Bennet nous paraît avec raison avoir fixé l'attention des praticiens. Pour obtenir quelque chose des lotions alcalines, il faut les rendre permanentes, et c'est en cela que l'on pèche le plus souvent; on prescrit quelques lotions qui agissent plutôt comme irritants que comme modificateurs. M. Bennet prescrit avec succès, depuis neuf ans, des applications sur les surfaces malades, avec des linges trempés dans une solution de 8 grammes de sous carbonate de soude, pour une pinte et demie d'eau. Pour empêcher l'évaporation, on recouvre les linges avec de la soie huilée. Sur les membres, à la face même, rien de plus facile que de maintenir ces linges humides de la solution alcaline, et que l'on renouvelle plusieurs fois par jour; pour la face, on peut se servir, pendant le jour, de soie noire, trempée dans la solution alcaline, afin de permettre aux malades de vaquer à leurs occupations. Pour la tête, il est rarement utile de couper les cheveux. On se borne à faire plusieurs fois par jour des lotions avec la solution alcaline, et on entoure la tête avec un serre-tête de soie huilée, que l'on prolonge en arrière, lorsque le cou participe à la maladie. Sous l'influence de ces lotions alcalines, ainsi maintenues d'une manière permanente en contact avec les surfaces malades, l'irritation locale diminue; les croûtes tombent; la peau perd sa rougeur, les demangeaisons et les élancements disparaissent, et au bout d'un certain temps, la peau reprend peu à peu ses caractères normaux. M. Bennet a traité ainsi, avec succès, des personnes chez lesquelles les éruptions s'étaient montrées rebelles à toute autre espèce d'application locale. Il est bien entendu toutefois que ce traitement local ne doit être employé seul que lorsqu'il n'y a pas de traces de maladies générales ou constitutionnelles, auquel cas le traitement doit être à la fois général et local. Mais il est un certain nombre de cas d'impétigo et d'eczéma qui sont entretenus par des irritations locales, comme on le voit dans certaines professions, chez les maçons, les épiciers, les cuisiniers, etc.; dans ces circonstances, nul doute que les applications locales sont non-seulement indiquées, mais indispensables à la guérison, pour modifier les surfaces malades. (*Monthly journal*, août 1849.)

MANGANÈSE (*Du*) *comme succédané et adjuvant du fer. De quelques-unes des indications spéciales de son emploi.* Dans les diverses notes que nous avons insérées sur l'emploi thérapeutique du manganèse, ce médicament plutôt oublié qu'inconnu et que les recherches récentes de M. Hannon semblent vouloir remettre en honneur, nous n'avons guère fait connaître jusqu'ici que des indications plus spéculatives que pratiques; voici des faits nouveaux sur l'efficacité de cet agent, que nous reproduisons avec d'autant plus de confiance qu'ils se présentent avec tous les caractères de l'expérimentation clinique et sous les auspices d'un de nos plus habiles praticiens, M. le docteur Petrequin, de Lyon.

Le premier cas dans lequel M. Pétrequin a administré les préparations ferro-manganiques était un cas de chloro-anémie par suite d'hémor-

rhagies utérines répétées, et produites par une lésion chronique de l'utérus. L'anémie et la chlorose étaient à leur summum ; la guérison fut obtenue en un mois. Dans deux autres cas, l'un de chloro-anémie, suite de squirrhe de l'orbite, l'autre de chlorose ayant succédé à un carcinome de la paupière et compliquée d'accidents scorbutiques, le manganèse ne fut administré qu'après avoir constaté l'insuccès du fer, et produisit un amendement inespéré. Enfin, M. Pétrequin a également constaté les bons effets des préparations ferro-manganiques dans des cas de chloro-anémie compliquant l'infection syphilitique et la dégénérescence scrofuleuse. — Ces quelques faits ont permis à M. Pétrequin de faire des observations utiles sur les avantages ou les inconvénients respectifs du fer et du manganèse administrés séparément, et de formuler quelques-unes des indications et des contre-indications plus spéciales à l'un et à l'autre de ces deux agents médicamenteux.

Ainsi, tandis que le fer détermine parfois, comme on le sait, une constipation opiniâtre, le manganèse, tout au contraire, n'a même pas assez d'astringence pour arrêter la diarrhée. Le manganèse a paru jouir d'une heureuse efficacité dans les chloro-anémies qui compliquent les affections cancéreuses, hépatiques, et contre lesquelles le fer échoue ordinairement. Enfin, le manganèse s'accommode du mélange de certaines substances, telles que certains astringents toniques et stimulants, avec lesquels les martiaux sont incompatibles.

Quant aux formules pharmaceutiques, il a paru à M. Pétrequin que les cas où le manganèse devrait être donné seul n'étaient pas les plus communs ; le plus souvent il lui a associé le fer pour se conformer aux données de l'analyse chimique du sang, dans lequel ces deux métaux se trouvent réunis. Se guidant aussi sur ces mêmes données pour ce qui est de la détermination des proportions, il a mis dans le mélange une plus grande quantité de fer que de manganèse. Voici la formule de pilules à laquelle ce praticien, après quelques tâtonnements, s'est arrêté :

PR. Sulfate de fer purifié.... 8 gramm.
Sulfate de manganèse purifié. 2
Sous-carbonate de soude purifié. 10

F. S. A. 80 pilules, en ajoutant un peu de miel et de gomme arabique.

Ces pilules sont de 25 centigr. On commence par deux par jour, avant le repas, afin que l'assimilation en soit plus facile et plus complète pendant le travail même de la digestion.

Nous publions plus haut, page 355, un article pharmacologique sur les diverses préparations du manganèse. (*Gaz. médic.*, septembre 1849.)

NÉVRALGIES FACIALES *traitées avec succès par des injections caustiques de nitrate d'argent dans le sinus maxillaire.* Dire que dans le traitement des névralgies faciales on a été jusqu'à proposer de pratiquer la section des nerfs de la face supposés être le siége de la névralgie, c'est dire qu'il est des névralgies qui se montrent rebelles aux traitements les plus rationnels et les mieux dirigés. Si nous ajoutons que ces sections des nerfs n'ont pas toujours guéri les malades, c'est reconnaître qu'il faut accueillir, quoique sous toutes réserves, les observations de guérisons dans lesquelles on a réussi par des méthodes en apparence fort peu indiquées. Ainsi voilà un médecin américain, M. Hullihan, qui a lu devant la Société de médecine de la Virginie un travail sur le traitement de la névralgie par les injections caustiques de nitrate d'argent dans le sinus maxillaire. Des personnes affectées de névralgie de la face, portant surtout sur le second rameau de la cinquième paire, chez lesquelles la maladie résistait depuis un intervalle de temps variant entre sept et quinze ans, ont été guéries par l'opération suivante : le sinus maxillaire a été perforé soit par une alvéole, soit par son plancher ; et cette perforation opérée, le sinus débarrassé du sang ou du liquide qu'il peut contenir par des injections d'eau tiède, M. Hullihan a injecté dans ce sinus une solution de nitrate d'argent contenant de 25 centigr. à 60 centigr. de ce sel par once d'eau.

Ces injections ont été maintenues pendant quelques minutes en mettant le doigt sur l'ouverture, et, pour éviter de cautériser la bouche, on l'a remplie d'une solution de chlorure de sodium avant d'évacuer le sinus. La douleur a été, en général, très-vive au bout de quelques instants; mais elle s'est bientôt cal-

méc et la névralgie a été affaiblie. En y revenant trois ou quatre fois, M. Hullihan a fini par déraciner la névralgie. Cependant il est des cas où il a échoué; ce sont ceux dans lesquels toutes les branches de la cinquième paire et surtout la première et la troisième étaient plus particulièrement affectées. — Nous faisons encore une fois toutes nos réserves contre un procédé en apparence aussi barbare, et nous croyons que, pour être autorisé à le mettre en pratique, il faudrait n'avoir plus en mains d'autre ressource que la section des nerfs. En toute autre circonstance, une pareille opération serait de nature à compromettre la réputation d'un médecin. (*Americ. Journ. of Dental sciences.*)

TAMPONNEMENT DES FOSSES NASALES (*Nouveau procédé de*). La simplicité est presque toujours le caractère de la perfection, ou du moins de ce qui en approche le plus. Souvent, après avoir parcouru une série de prétendus perfectionnements qui ne font qu'encombrer l'art et compliquer ses procédés, on est tout surpris de reconnaître que les procédés élémentaires les plus simples sont encore les meilleurs. C'est surtout pour les accidents qui exigent des secours prompts et que des personnes étrangères à l'art peuvent d'un instant à l'autre se trouver à même d'administrer, qu'il importe de posséder des moyens de la plus grande simplicité possible. C'est à ce titre que nous recommandons à l'attention de nos lecteurs le procédé suivant de tamponnement préconisé par M. Merat.

En examinant l'intérieur des cavités nasales, dit M. Mérat, on voit qu'elles forment un canal anfractueux assez étroit, revêtu d'une membrane muqueuse fort sensible. Il ne faut réellement qu'une petite quantité de charpie pour remplir ce conduit, *plus resserré en arrière qu'en avant*. On sait aussi que le lieu le plus ordinaire des hémorhagies nasales est à la partie antérieure et supérieure d'une des fosses, le plus souvent de la gauche. Eu égard à ces circonstances anatomiques et pathologiques, et aux difficultés qu'on éprouve en suivant le mode ordinaire d'opérer, M. Mérat a pensé qu'on pourrait suivre un procédé plus simple, plus facile et plus sûr pour remédier aux hémorhagies nasales trop abondantes. Ce serait de tamponner la narine, siége de l'écoulement sanguin, par devant seulement, et en y faisant entrer de petites boulettes de charpie fine, sans y attacher de fil, qu'on pousserait successivement le plus en avant qu'on pourrait. Il n'y a pas à craindre qu'elles passent par l'arrière-bouche, puisque le canal va toujours en se rétrécissant d'avant en arrière, et que les efforts de l'expectoration et de la toux les portent en avant. — Une occasion s'étant présentée d'essayer ce procédé, voici comment s'y prit M. Mérat. Il s'agissait d'une femme en proie depuis deux jours à une hémorhagie nasale du côté gauche que rien n'avait pu arrêter. Elle était sans pouls, la face pâle, ne voyant plus clair, éprouvant une sorte de délire fugace, des bourdonnements d'oreilles et se sentant mourir. M. Mérat se hâta d'enfoncer à l'aide d'une sonde de femme, dans la narine, de petits tampons du volume d'une noisette; il en mit cinq à six, qu'il poussa le plus possible en employant quelque force. Le sang fut arrêté presque de suite. On mit la malade sur un lit, la tête haute et penchée en avant. Deux heures après elle était revenue à elle et n'éprouvait plus qu'une faiblesse extrême.

Ce procédé a, suivant M. Mérat, l'avantage de pouvoir être mis en pratique par des personnes étrangères à l'art, et par les malades eux-mêmes, car on peut au besoin tamponner avec du coton, de la filasse, du papier même qu'il suffit de pousser avec un petit bâton mousse et poli, pourvu qu'on y emploie assez de force pour bien opérer l'occlusion de la narine.

Ce mode de tamponnement ne produit que peu de douleur, comparativement à celle qui résulte de l'usage de la sonde de Bellocq; et il n'a pas enfin l'inconvénient qu'a souvent ce dernier moyen de déterminer une tuméfaction inflammatoire et une sécrétion fétide de la membrane muqueuse. Enfin un autre avantage que M. Mérat attribue à ce procédé, est de pouvoir, vu sa facilité, être mis en usage de suite et sans attendre que le malade soit épuisé et exsangue, comme cela arrive trop souvent avec l'habitude où l'on est de ne recourir au tamponnement qu'après avoir épuisé sans succès la série des moyens en

usage, c'est-à-dire *in extremis*. (*Union médicale*, septembre 1849.)

VAGIN (*Opération pratiquée avec succès dans un cas d'imperforation du*), *avec rétention des règles dans l'utérus*. L'imperforation du vagin se présente sous deux aspects particuliers : ou bien elle est due à ce que la membrane de l'hymen est complète, le vagin présentant sa disposition normale, ou bien il y a une plus grande épaisseur des parties entre l'extérieur et le fond du vagin. Dans le premier cas, tout se réduit à l'incision cruciale de la membrane et à l'excision des quatre lambeaux. Dans le second, il n'y a pas bien longtemps encore, on attendait que la tumeur formée par l'accumulation des règles pût servir de guide au bistouri; et même la plupart des chirurgiens refusaient d'opérer, dans la crainte d'une inflammation consécutive et de la corruption du sang retenu à l'intérieur. On se rappelle le retentissement qu'eut, il y a quelques années, l'opération pratiquée par M. Amussat. Cet opérateur rétablit un vagin de toutes pièces, et parvint, en pénétrant dans l'utérus, à faire cesser les accidents, qui menaçaient la vie de la malade. Sans être aussi curieuse que l'opération de M. Amussat, par cela même que le vagin était bien conformé dans une partie de son étendue et separé du globe utérin par un tissu fibreux résistant, l'opération pratiquée par M. Maisonneuve mérite d'être connue, parce qu'elle donnera aux chirurgiens une nouvelle hardiesse pour pratiquer ces opérations. La jeune fille opérée par M. Maisonneuve avait dix-huit ans. Depuis l'âge de treize ans elle avait eu des crachements de sang, qui se renouvelaient presque tous les mois; deux ans après parurent des douleurs dans les reins et dans le bas-ventre, et, à la même époque, une tumeur qui prit, chaque mois, un accroissement rapide et donnait à cette jeune fille les apparences de la grossesse. Une ponction faite dans cette tumeur fut suivie d'une grande diminution, et les douleurs disparurent instantanément. Mais quelques jours après il se manifesta une métrite violente, qui faillit devenir mortelle. Lorsque M. Maisonneuve fit entrer la malade dans son service à l'hôpital Cochin, le ventre était développé comme dans une grossesse de sept mois; il contenait une tumeur élastique, de forme globuleuse, régulière, occupant le centre de l'hypogastre, et remontant au-dessus de l'ombilic. Le vagin se terminait en cul-de-sac, et se trouvait séparé du globe de l'utérus distendu, par un tissu fibreux résistant, épais de quatre lignes et long de six. M. Maisonneuve pratiqua l'opération d'après le procédé suivant : la malade couchée en travers d'un lit élevé, les jambes et les cuisses retenues fléchies et écartées, l'opérateur introduisit le médius gauche dans le rectum, et l'index de la même main dans le vagin; sur l'ongle de ce dernier doigt, introduit jusqu'au cul-de-sac vaginal, il conduisit, de la main droite, une sonde cannelée et pointue, qu'il enfonça doucement dans l'utérus, en longeant la paroi antérieure du rectum. Le doigt médius, introduit dans le rectum, lui servait à guider son instrument, en appréciant l'épaisseur des parties qui le séparaient de la cavité rectale et la position exacte de l'utérus. Ainsi conduite, la sonde arriva bientôt dans la cavité utérine; ce que l'opérateur reconnut d'une part à la facilité qu'il éprouvait à faire mouvoir l'instrument, et d'autre part à l'écoulement d'une petite quantité de sang épais, analogue, pour l'aspect, à du méconium. Faisant aussitôt maintenir la sonde par un aide, M. Maisonneuve conduisit, sur sa cannelure, un long bistouri boutonné, à l'aide duquel il agrandit l'ouverture d'un centimètre environ de l'un et de l'autre côté, en ayant bien soin, toujours avec le médius gauche, placé dans le rectum, de reconnaître l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. Immédiatement un flot de sang, épais, poisseux, noirâtre, s'écoula par l'ouverture; la tumeur abdominale disparut en s'affaissant, et la malade se sentit soulagée. Le doigt index pénétrait jusque dans la cavité utérine, et constatait que la vessie et le rectum étaient intacts. Une sonde fut introduite dans cette ouverture pour empêcher le recollement des surfaces. Mais au troisième jour, il survint des accidents inflammatoires formidables, qui cédèrent à un traitement antiphlogistique très-énergique. Deux mois après l'opération, les règles coulèrent naturellement. Depuis cette époque, la malade n'a plus éprouvé d'accident du côté de

la menstruation. Deux ans après, elle est venue réclamer les soins de M. Maisonneuve, afin de donner au vagin les dimensions convenables pour l'accomplissement de toutes ses fonctions. A cette époque, l'orifice qui conduisait dans l'utérus était tellement rétréci qu'on eut grand'peine à y introduire une bougie urétrale ; on augmenta chaque jour, le volume de ces bougies, de manière à aboutir bientôt à des bougies rectales, puis à des cylindres de dimensions considérables. — Nous ajouterons une réflexion : c'est que pour se décider à pratiquer une opération aussi grave, il faut avant tout être bien sûr de l'existence de l'utérus et que des accidents sérieux l'aient rendue indispensable. Si l'utérus n'existait pas ou si cet organe rudimentaire n'était pas le siége de congestions menstruelles, le chirurgien commettrait une action coupable, en faisant courir gratuitement à une malade d'aussi grands dangers. (*Gaz. des Hôpitaux*, septembre 1849.)

VARIÉTÉS.

Nouveau cas de mort à la suite de l'inhalation du chloroforme.

De tous les faits malheureux que nous ayons encore enregistrés, le cas suivant, que vient de communiquer à l'Académie de médecine M. le docteur de Confévron, de Langres, est un de ceux dans lesquels l'action toxique du chloroforme est des moins contestables ; aussi le mettrons-nous tout entier sous les yeux de nos lecteurs.

Mme Labrune, âgée de trente-trois ans, mère de famille, pleine de vie, d'un tempérament nerveux très-excitable, avait été soumise par moi, l'an dernier, avec un plein succès, à l'éthérisation pour de petites opérations chirurgicales. Le 23 août dernier, son dentiste devait lui extraire une grosse molaire, et cette opération, présentant quelque difficulté, présageait une douleur assez intense. Mme Labrune, qui avait éprouvé les bienfaits de l'éthérisation, ne voulut se soumettre à l'arrachement de sa dent qu'avec ce secours, et je fus sollicité par la patiente et le dentiste, celui-ci n'en ayant pas l'habitude, pour administrer les vapeurs anesthésiques. Malgré ma répugnance à employer ce moyen pour des opérations de peu d'importance, surtout depuis la publicité de malheurs survenus entre des mains habiles, je crus pouvoir, dans cette circonstance particulière, sortir de la règle de conduite que je me suis tracée depuis dix-huit mois, et je m'y croyais autorisé par le succès de l'éthérisation précédente sur le sujet qui la réclamait de nouveau. J'étais d'ailleurs bien décidé à ne produire que l'engourdissement le plus léger, puisqu'il ne s'agissait ni d'une opération grave, ni d'une douleur de longue durée.

Je plaçai donc sur le mouchoir de la malade un hourdonnet de coton de la grosseur d'une noisette, imbibé de moins d'un gramme de chloroforme. Mme Labrune l'approcha elle-même de ses narines et le respira à quelque distance, de manière à permettre complétement le mélange de l'air aux vapeurs anesthésiques. En huit ou dix secondes l'effet se fit sentir, et je le remarquai au clignotement des paupières. J'indiquai au dentiste placé derrière la tête de la malade qu'il pouvait agir ; mais la patiente, qui avait l'expérience de l'éthérisation, ne se sentant pas suffisamment engourdie, repoussa la main de l'opérateur, et, nous faisant comprendre par signes que l'insensibilité n'existait pas encore, rapprocha son mouchoir de ses narines, et fit rapidement quatre ou cinq inspirations plus larges. A cet instant, je lui retirai moi-même le mouchoir qu'elle serrait sous son nez.

Je ne la quittai des yeux que pendant le temps nécessaire pour déposer ce mouchoir sur un meuble voisin; et déjà lorsque je re ortai mes regards sur elle, sa face était pâle, les lèvres décolorées, les traits altérés, les yeux renversés, les pupilles horriblement dilatées, les mâchoires coutractées de manière à empêcher l'opération du dentiste, la tète renversée en arrière. Le pouls avait disparu; tous les membres étaient dans un état complet de résolution, et quelques inspirations éloignées furent les seuls signes de vie que la malade nous donna.

Sans perdre une seconde, tout ce qu'il est possible de faire en pareil cas fut mis en œuvre pendant plus de deux heures et sans aucun succès. Stimulation des narines avec l'ammoniaque, mouvement des bras et du thorax, insufflations répétées d'air dans la poitrine, que je fis respirer artificiellement pendant quelque temps, frictions sur le thorax, puis sur tout le corps, avec l'ammoniaque, cautérisation sur la région précordiale avec des charbons incandescents, enfin courant galvanique au moyen d'une forte pile de Volta, qui se trouvait fonctionner dans le voisinage et qu'on mit promptement à notre disposition; rien ne put conjurer une mort à laquelle je ne pouvais croire.

Depuis le mois de février 1847, je pratique journellement l'éthérisation et dans nos hôpitaux et dans une clientèle nombreuse; et jamais je n'ai employé de doses plus faibles et jamais je n'ai mis plus de prudence dans le mode d'opération. Le chloroforme avait été respiré à l'air libre, sans appareil, de la manière la plus favorable pour que l'air atmosphérique fût largement mélangé aux vapeurs anesthésiques; enfin rien ne manquait pour rendre cette opération parfaitement innocente. Je savais d'ailleurs que ma cliente n'avait aucune maladie organique qui la contre-indiquât. Je dois dire pourtant et pour n'omettre aucune circonstance, ce que j'ignorais au moment de l'opération, que Mme Labrune avait eu de vives émotions dans la journée; mais tout cela n'expliquait pas un accident si foudroyant. (L'examen nécroscopique, dont nous passons les détails, permit de constater une quantité notable de bulles d'air dans les veines de la base du crâne, même celles d'un calibre médiocre).

Les faits de cette nature, ajoute M. de Confévron, se sont multipliés de manière à ce qu'il ne puisse plus venir à l'idée de personne de les attribuer à une autre cause que la chloroformisation. En se bornant à l'examen des observations de MM. Robert, Barrier et Gorré, il semble difficile d'arriver à une autre conclusion. Le malheur survenu à Langres peut donc être assimilé à ceux de Paris, de Lyon, de Boulogne. L'analogie qui existe entre eux est frappante. Dans tous, les symptômes qui ont précédé la mort, comparés aux lésions nécroscopiques, prouvent que l'extinction de la vie est due à l'action délétère spéciale du chloroforme sur le cerveau et à une véritable asphyxie.

Dans notre observation, comme dans celle de Boulogne, la rapidité de la mort a été foudroyante, malgré la petite dose de chloroforme employée (moins d'un gramme). Le bourdonnet de coton dont je me suis servi ne pouvait, en raison de son petit volume, occuper toute la largeur des narines et encore moins la bouche; il était d'ailleurs tenu à distance de ces ouvertures, excepté pour les quatre ou cinq dernières inspirations. Je crois donc que par aucun procédé on ne pourrait obtenir un mélange plus certain de l'air aux vapeurs chloroformiques.

Ce qu'il y a de plus frappant et de plus incompréhensible dans ce fatal évènement, c'est que, loin d'avoir prévenu comme l'opérée de M. Gorré, par une plainte quelconque, de l'effet de suffocation ou d'asphyxie, la malade a pu indiquer que l'anesthésie n'était pas complète, et que quatre à cinq inspirations, faites avec une sorte de plaisir, ont suffi pour amener le plus haut degré d'insensibilité.

L'auteur, après avoir discuté quelques-uns des points relatifs aux signes précurseurs d'une mort imminente, tels que la résolution des membres, l'absence du pouls, l'influence de la disposition morale, examine ensuite à quel genre de mort les malades ont succombé. Sur ce dernier point, il ne partage point l'opinion de M. Gorré sur l'influence de l'introduction de l'air dans les veines, et pense que la présence de cet air s'explique plutôt par les fortes inspirations pratiquées artificiellement quand la victime ne donnait déjà plus signe de vie. Toutes les lésions cadavériques témoignent que la cause immédiate de la mort dans l'éthérisation est l'asphyxie.

En résumé, dit en terminant M. de Confévron, dans l'observation que je publie, la mort ne peut être attribuée qu'à l'action délétère du chloroforme, et, selon moi, c'est à tort qu'on a cherché à donner une autre explication aux catastrophes du même genre que je lui compare. Dans toutes, la mort est le résultat d'une asphyxie particulière, dont les principaux phénomènes se passent au cerveau pour y détruire le principe de la vie. Loin de moi la pensée d'attaquer le bénéfice de l'éthérisation et de diminuer ses merveilles. Je suis un de ses premiers partisans. La suppression de la douleur dans les opérations chirurgicales est une conquête que ni la science, ni l'humanité n'abandonneront jamais.

Des faits isolés, fussent-ils plus nombreux, ne peuvent y porter atteinte. Comme la vapeur, qui a causé tant de sinistres, comme les libertés dont l'abus a fait tant de victimes, elle restera une des conquêtes les plus glorieuses de notre siècle, et malgré la triste épreuve que je subis, je serai encore son champion. Mais est-on arrivé sur ce point aux limites de la science et de l'expérience? Ne peut-on pas espérer la rendre plus profitable? Et faut-il dire d'une manière absolue que, malgré ces événements fâcheux, on ne doit rien changer au mode d'emploi du chloroforme actuellement usité? C'est ce que je ne puis admettre.

Les moyens d'éviter de semblables malheurs, rares à la vérité, mais foudroyants et si promptement irremédiables, n'étant point encore fournis par la science, je me range à l'avis de M. Gorré, pour conclure qu'il est de la plus haute imprudence de se servir du chloroforme, comme cela se pratique trop souvent, pour des opérations insignifiantes.

Ce fait, on le voit, n'a pas besoin de commentaires et il est impossible de vouloir exonérer le chloroforme de cette mort inopinée. Nous ne chercherons pas davantage à peindre l'impression douloureuse que la lecture de la lettre de M. de Confévron a produite sur l'assemblée, et que n'ont pu dissiper les espérances que M. Velpeau a voulu rendre à l'Académie en lui faisant le récit des tentatives, dont nous rendons compte au Bulletin des hôpitaux, sur l'emploi du froid comme moyen anesthésique.

Nous sommes heureux de l'annoncer à nos lecteurs : l'épidémie de choléra n'existe plus à Paris en ce moment. A peine si l'on compte de temps en temps quelques cas isolés dans les hôpitaux, et encore est-ce seulement parmi les malades déjà séjournant à l'hôpital, qu'on les a observés. Du 15 au 25 octobre, les hôpitaux n'ont compté que 13 nouveaux cas et 14 décès, dont le tiers au plus parmi des malades venant du dehors. En ville, depuis la même époque, il n'y a pas eu un seul décès cholérique dans les douze arrondissements de Paris. Tout fait croire que nous sommes entièrement et définitivement débarrassés de l'épidémie.

La situation sanitaire de la capitale est au reste, en ce moment, des plus satisfaisantes. L'influence épidémique, qui s'exerçait depuis le mois de mars dernier, et qui s'était traduite tant par des affections intestinales cholériformes que par la présence de quelques-uns des symptômes du choléra, crampes, nausées, vomissements, tendance au refroidissement survenant au milieu d'affections en apparence distinctes du choléra, cette influence épidémique, nous pouvons l'affirmer, n'existe plus aujourd'hui. Les salles des hôpitaux sont presque vides, et dans leur intérieur, comme parmi les malades de la ville, on n'observe que les affections qui règnent habituel-

lement à cette époque de l'année, les angines avec ou sans lièvre, quelques embarras gastriques, quelques scarlatines, un assez grand nombre de fièvres intermittentes avec ou sans engorgement de la rate, avec ou sans cachexie, et un très-petit nombre de fièvres typhoïdes, peu graves pour la plupart.

Dans les départements, le choléra est presque partout dans une voie de décroissance qui donne les espérances les mieux fondées relativement à la prochaine terminaison de l'épidémie. Toutefois, à Toulon, la maladie règne encore, et dans quelques départements de l'Ouest, le Morbihan, le Finistère, la Charente-Inférieure, elle sévit encore avec une certaine intensité.

A l'étranger, le choléra s'éteint comme en France. En Angleterre, dans la seconde semaine d'octobre, il n'y a eu, à Londres, que 110 décès cholériques, 15 par jour. Le nombre des victimes du choléra a été cependant de près de 15,000 dans cette ville, c'est-à-dire de 1 décès sur 153 habitants. En Algérie, le choléra, après avoir présenté une grande intensité, s'affaiblit et se circonscrit dans les hôpitaux. On annonce, toutefois, que ce fléau vient de reparaître dans l'Inde, à Bombay, avec un degré extrême de violence.

Le concours du bureau central des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Boucbut et H. Bourdon.

Le gouvernement prussien poursuit avec persévérance l'étude de la vaccination et de la revaccination. En 1848, on a vacciné 28,859 soldats; chez 16,882 la vaccine a accompli régulièrement ses phases; chez 4,404, elle s'est montrée irrégulière, et chez 7,573 le résultat a été nul.

L'Académie de médecine a consacré trois séances ce mois-ci à l'étude d'une importante question fort controversée, l'existence et le traitement des engorgements utérins. Nous résumerons cette discussion dans ce qu'elle a de pratique lorsqu'elle sera arrivée à sa fin.

M. le ministre des finances vient de présenter un nouveau projet de loi sur les patentes. Nous annonçons, et nos lecteurs apprendront avec douleur, que M. le ministre propose de rétablir l'impôt de la patente pour les médecins, officiers de santé et dentistes. Il n'est pas question des avocats... Voilà de la justice distributive!...

Un concours pour plusieurs emplois de chirurgien de la marine, dans les trois grades de première, deuxième et troisième classe, devait s'ouvrir à Toulon le 8 octobre. L'invasion du choléra et son extension rapide ont subitement interrompu les travaux des officiers de santé, qui ont dû consacrer tout leur temps à soulager les malheureux frappés non-seulement dans les hôpitaux, mais encore dans la ville et les faubourgs si populeux. On a donc été dans l'obligation de proroger l'ouverture des examens qui aura lieu seulement le 5 novembre.

Notre honorable confrère, M. Achard (Mathieu-Justinien), pharmacien de première classe de la marine à la Martinique, vient de succomber, le 18 août 1849, aux atteintes d'une longue et douloureuse maladie. Cet officier de santé, âgé de soixante-sept ans, comptait vingt-six ans et demi de grade.

Nous avons parlé de cette prétendue découverte de M. Brittan, qui aurait trouvé dans les vomissements et les déjections des cholériques, ainsi que dans l'air des localités où ils se trouvent, des corps particuliers qui auraient beaucoup de rapports avec les sporules des champignons. Il paraîtrait, d'après une communication sur ce sujet, faite par M. Busk à la Société microscopique de Londres, que M. Brittan aurait été victime d'une grande déception; car M. Busk a cru reconnaître dans les corps volumineux figurés par M. Brittan l'*uredo frumenti*, et dans les petits corps des granules de fécule et des débris épithéliques du son de blé. M. Brittan en a fait faire la comparaison à toutes les personnes présentes, qui ont partagé son opinion.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

QUELQUES MOTS SUR L'EMPLOI DES FRICTIONS GRAISSEUSES A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DE LA SCARLATINE.

Il est un fait malheureusement trop bien établi aujourd'hui, c'est que depuis le commencement de ce siècle, la scarlatine est devenue plus fréquente et plus grave que dans le siècle dernier. Cela tient-il, comme le pensent certaines personnes, à des lois immuables de balancement de la mortalité, et la scarlatine est-elle chargée de rétablir la balance détruite par le bienfait de la vaccine? Ou bien n'y a-t-il dans la recrudescence de cette maladie épidémique qu'un de ces faits si communs dans l'histoire des peuples chez lesquels on voit des épidémies se montrer pendant une série d'années avec un haut degré de gravité, et perdre ensuite de leur caractère grave, ou disparaître entièrement pendan des siècles? C'est ce qu'il est assez difficile de déterminer. Mais le fait reste, et il est important pour le thérapeutiste, parce qu'il doit diriger les efforts de celui-ci vers les moyens de rendre la propagation de la scarlatine moins facile ou d'atténuer la gravité de cette maladie.

Nous comprenons la surprise que ces deux dernières propositions feront naître dans l'esprit de nos lecteurs. Passe encore, diront-ils, pour atténuer la gravité de la maladie ; la thérapeutique y parvient souvent, et plus tard peut-être elle possédera des moyens encore plus sûrs d'atteindre ce but. Mais comment rendre la propagation de la scarlatine moins facile, si ce n'est en séparant les scarlatineux des personnes qui n'ont pas encore été atteintes par la maladie ? et ce procédé n'a-t-il pas quelques inconvénients, en ce sens que des personnes ainsi protégées dans leur enfance ont été frappées de la scarlatine dans un âge avancé, sous une forme bien autrement grave que celle qu'elles eussent présentée plus tôt ? Un tel raisonnement conduirait directement à l'inoculation de la scarlatine, sur laquelle la science est loin d'avoir prononcé, et dont l'un des plus grands inconvénients est sans aucun doute de n'avoir rien de certain et d'infaillible comme l'inoculation variolique. On nous demandera aussi si nous connaissons les moyens d'agir sur la cause, sur le principe même de la maladie. Nous reconnaissons que ce serait certainement le meilleur moyen d'arriver à son extinction définitive ; malheureusement, nous le disons avec regret, la science n'en est pas encore là.

Mais ce résultat, qu'on ne peut obtenir d'une manière directe, ne pourrait-on pas l'atteindre en tournant en quelque sorte la difficulté? Pour tous ceux qui ont suivi attentivement l'évolution de la scarlatine, il est évident que le danger de la maladie est non-seulement dans l'intensité

de la cause épidémique et contagieuse, mais encore dans des séries de phénomènes qui se montrent du côté de la peau et des muqueuses principalement, et exceptionnellement dans des complications de diverse nature, des accidents cérébraux, pulmonaires, intestinaux etc., dont le développement est en général subordonné à l'évolution plus ou moins régulière des phénomènes primordiaux et pathognomoniques de la maladie. La sortie de l'éruption se fait-elle à l'époque ordinaire, avec régularité? celle-ci persiste-t elle le temps convenable? l'inflammation de la peau se maintient-elle dans de justes limites? l'inflammation spéciale des muqueuses buccale et pharyngienne est-elle simple, peu prononcée? Le pronostic est en général favorable. L'éruption se fait-elle au contraire d'une manière irrégulière? disparaît-elle aussitôt après avoir apparu? Il est d'observation dans ces cas que l'inflammation des muqueuses se présente avec des caractères anormaux et une gravité tout à fait insolite. Conséentivement même, on peut voir survenir les complications que nous signalions il y a peu d'instants.

D'un autre côté, à quelle époque se montrent les phénomènes graves secondaires de la maladie? à quelle époque et avec quel symptôme prédominant se montre la puissance éminemment contagieuse de la scarlatine? Au moment de la période de desquammation. C'est à ce moment que l'on observe les hydropisies et les anasarques qui se lient le plus souvent à une maladie du rein, les douleurs rhumatismales articulaires et musculaires. C'est à cette période aussi, comme nous l'avons dit plus haut, que la contagion est dans toute sa puissance, et tant que la desquammation continue, pendant huit, quinze jours, un mois même, la maladie est susceptible de communication.

Les considérations précédentes feront comprendre combien la thérapeutique usuelle gagnerait à trouver un moyen simple et pratique de nature à faciliter l'éruption, phénomène primordial et principal de la maladie, et à raccourcir sa durée en même temps que celle de la période contagieuse. Ce moyen est-il trouvé? Nous nous garderions bien de répondre par l'affirmative, et il faudrait des faits plus nombreux, répétés dans des circonstances bien plus multipliées que ceux qui sont rapportés par un médecin hanovrien, M. Schneemann, pour que la question pût être tranchée définitivement; mais tels qu'ils sont, les faits de ce médecin sont de nature à fixer toute l'attention de nos confrères par la simplicité même des moyens et par l'inattendu des résultats qu'il dit en avoir obtenus.

Il s'agit, en effet, tout simplement d'onctions graisseuses faites sur le corps du malade avec un morceau de lard; moyen bien simple, moyen bien vulgaire, moyen que l'auteur déclare ne devoir pas trouver probable-

ment faveur auprès du beau monde (et en cela il se trompe; car il n'y a pas longtemps encore que les belles dames traitaient les plaies par l'application d'une rouelle de veau ou d'une moitié encore palpitante de pigeon ou de tout autre animal). Pour tous ceux qui ont vu les bons effets des onctions graisseuses dans le traitement de l'érysipèle, ils ne seront pas du tout étonnés des heureux résultats que M. Schneemann dit en avoir obtenus dans la scarlatine.

A partir du premier jour de la maladie, ou du moins de celui où on est certain de sa nature, on fait pratiquer matin et soir des frictions sur tout le corps, la face et le cuir chevelu exceptés, avec un morceau de lard, de manière à recouvrir toutes ces parties d'une couche de graisse. Pour faire ces frictions commodément, on se sert d'un morceau de lard, assez gros pour remplir la main, encore revêtu de sa couenne, afin qu'on puisse le tenir solidement. On fait des entailles nombreuses et dans des directions variées sur le côté du lard qui doit toucher la peau du malade. Pour faire ces frictions plus commodément, on approche le lard du feu pendant quelques instants; mais jamais les frictions ne doivent être faites qu'après avoir laissé refroidir et figer la graisse. On les exécute lentement, de manière à saturer la peau de graisse dans toute son étendue et en ayant la précaution de découvrir successivement les portions de la peau sur lesquelles on les pratique. Dans les cas graves, au lieu d'une friction matin et soir, on en fait faire trois ou quatre par jour; mais la clef du traitement est de maintenir la peau dans un état d'humidité graisseuse continuel. Par contre, on ne doit pas permettre au malade de changer trop souvent de linge; car on enlèverait ainsi la couche graisseuse qui doit rester continuellement en contact avec la peau. Ces frictions sont continuées deux fois par jour pendant trois semaines, et une seule fois par jour durant la quatrième semaine. Jusqu'à cette époque, on ne permet pas aux malades de prendre de bains ou de faire sur le corps des lotions savonneuses; mais aussitôt que les accidents aigus sont calmés, on leur permet de se laver la figure et les mains avec du savon. C'est un moyen de les réconcilier avec les frictions et les onctions graisseuses.

Le traitement adopté par M. Schneemann ne diffère pas notablement, sous d'autres rapports, de celui qui est suivi par la plupart des médecins. Ce praticien fait maintenir dans la chambre de ses malades une température qui ne dépasse jamais 13° R.; il leur donne des boissons à la température de l'appartement. En ce qui touche le séjour au lit, aussitôt que la fièvre, la céphalalgie ont disparu et que le malade manifeste le désir de se lever, M. Schneemann permet à ses malades de quitter le lit pendant quelques heures, et lorsqu'ils sont levés il ne les

couvre pas de vêtements trop épais et très-chauds. Il ne les met non plus à une diète absolue que durant les accidents aigus, et il les ramène peu à peu, aussitôt que possible, à leur régime ordinaire. Si la constipation est rebelle, il prescrit un lavement d'huile d'œillette.

Tel est l'ensemble du traitement recommandé par M. Schneemann et suivi par lui depuis nombre d'années avec un succès qui ne s'est pas démenti. L'auteur recommande aux personnes qui voudraient l'adopter de s'y conformer strictement, et nous devons avouer que cela ne présente réellement aucune difficulté. Du reste, ce médecin ajoute que tous les accidents qui surviennent pendant le cours du traitement, accidents cérébraux, accidents pharyngiens, doivent être combattus activement, les premiers par des applications de glace sur la tête, des sinapismes, une potion au carbonate d'ammoniaque, des purgatifs et des sangsues derrière les oreilles, dans certains cas; les seconds par des cautérisations avec le nitrate d'argent et des vomitifs dans certains cas. Mais dans le cas où les frictions ont été faites avec soin, il est presque sans exemple de voir survenir des accidents secondaires vers le pharynx.

Il nous reste à faire connaître les avantages que l'on peut retirer de la méthode de traitement de M. Schneemann. Ces avantages, il les résume en deux propositions principales : raccourcissement de la durée de la maladie (en deux jours les malades peuvent quitter leur lit, même dans les saisons les plus défavorables) ; suppression de la puissance contagieuse de la maladie à partir de la disparition de l'éruption, c'est-à-dire à partir du troisième ou quatrième jour. Mais entrons dans quelques détails : la présence continuelle d'une couche de graisse à la surface de la peau scarlatineuse a une influence remarquable qui se traduit par des phénomènes très-appréciables. Immédiatement les malades perdent cette sensation de tension, de chaleur sèche et de démangeaison incommode qui occasionne un état d'agitation, surtout chez les enfants, et qui empêche le sommeil. L'éruption parcourt régulièrement ses périodes jusqu'à la desquammation c'est-à-dire jusqu'au quatrième jour; et l'on peut ajouter que les symptômes angineux sont en général considérablement réduits par cette marche régulière de l'éruption. Mais à ce moment la maladie change d'aspect. En continuant les frictions, on est tout étonné de voir que la peau reprend ses fonctions perspiratoires; et la desquammation, si abondante et si caractérisée dans la scarlatine, est nulle ou du moins réduite à des proportions insignifiantes. En six ou dix jours, le malade est complétement rétabli d'une affection qui dure au moins vingt jours et souvent trente et quarante jours, sinon dans ses accidents aigus, au moins dans les accidents consécutifs qui demandent encore des précautions. Qu'on joigne à cela

qu'avec les frictions graisseuses les malades sont placés jusqu'à un certain point à l'abri de l'action du froid ; que, suivant l'auteur, le traitement supprime, avec la desquammation, la période contagieuse de la maladie ; et on comprendra que M. Schneeman ait la conviction d'avoir rendu un immense service aux malades et aux personnes qui sont appelées à leur prodiguer des soins.

Nous ignorons ce que l'avenir réserve au traitement recommandé par M. Schneemann contre la scarlatine ; notre expérience est nulle sur ce point ; mais en présence de la longue expérience de l'auteur, de l'appel qu'il fait aux médecins de tous les pays, nous avons cru que nous devions revenir sur une médication que nous nous étions borné à signaler d'après une note de la Gazette médicale de Strasbourg ; sur une médication tout à fait inusitée chez nous et qui cependant, par sa simplicité et son bon marché, serait appelée à trouver son application dans toutes les classes de la société. Nous faisons donc appel à nos confrères : nous sommes actuellement à cette époque de l'année où la scarlatine est le plus fréquente, et si nous en croyons des renseignements qui nous ont été communiqués, cette maladie serait très-commune cette année dans certaines localités. Qu'ils essayent le traitement du médecin hanovrien ; ce traitement est sans danger ; il n'exclut aucun des moyens généralement usités, et, ne réalisât-il qu'une partie des avantages que son auteur lui attribue, nous serions heureux d'avoir fixé l'attention de nos confrères sur ce point.

DU CHOLÉRA NOSTRAS OU INDIGÈNE, ET DE SES INDICATIONS PRINCIPALES.

Par M. FUSTER, professeur de clinique médicale à la faculté de Montpellier.

La question du choléra a dominé cette année toute la thérapeutique, et comment s'en étonner ? D'une part, les médecins se sont trouvés pris en quelque sorte au dépourvu avec les enseignements incomplets et insuffisants que leur avait fournis l'observation de la première épidémie. De l'autre, le fléau indien s'est associé cette année à d'autres manifestations épidémiques, la méningite, la suette, qui devaient, sinon changer complétement la face de la maladie et les indications thérapeutiques, au moins leur apporter des modifications notables. Nos lecteurs nous rendront cette justice, que nous n'avons pas laissé en dehors de notre examen une seule des faces de cette grave question du choléra, de même que nous avons tenu à honneur de les mettre au courant de toute les tentatives thérapeutiques qui ont été suivies d'un certain succès.

Il est cependant une question que nous n'avons pu aborder. C'est celle du

choléra sporadique, de cette affection qui se rapproche du fléau indien à tant d'égards, qui règne et a toujours régné à certaines époques dans nos contrées, et sur laquelle Stoll et Sydenham nous ont laissé des renseignements si précieux. Le terrain sur lequel nous observions les hôpitaux de Paris, ne nous fournissant pas des documents suffisants pour traiter cette question, à la fois, dans les rapports d'identité et d'origine des deux maladies, dans leur influence réciproque et dans les indications thérapeutiques qu'elles présentent, à nos collaborateurs qui habitent la province et qui l'observent souvent sur une grande échelle, il appartenait de montrer les différences et les points de contact de ces deux affections, de signaler l'aspect nouveau que l'épidémie régnante pouvait imprimer à la maladie sporadique et de préciser les différences fondamentales de leur traitement.

A ce titre, nous pensons que nos lecteurs liront avec intérêt la lettre suivante que nous adresse M. le professeur Fuster.

Mon cher confrère, je lis dans le numéro du 30 octobre, du *Bulletin*, un très-bon article sur une petite épidémie du choléra indigène, que certainement, dans les circonstances où nous nous trouvons, un observateur moins sagace que l'auteur n'aurait pas manqué de prendre pour une menace effarée, ou pour un premier essai de la grande épidémie cholérique. Permettez-moi, à cette occasion, de revenir, par quelques mots, sur une espèce de choléra qui, malgré ses caractères bien tranchés, ne cesse de donner prise, de tous côtés, à des appréciations erronées, tant sur sa nature que sur son traitement.

Il y a un intérêt de circonstance, indépendamment de l'intérêt général de la question, à entretenir les lecteurs du *Bulletin* d'une maladie qui a d'ailleurs aujourd'hui des traits de similitude avec le choléra épidémique. En effet, le choléra nostras, fort commun en France et en Europe, où il s'est montré, en divers temps, avec le caractère des épidémies, n'est nulle part plus répandu que dans les régions méridionales ; j'ajoute qu'à aucune époque, peut-être, il n'a été plus favorisé qu'en ce moment, alors que la grande épidémie, dite cholérique, poursuit ses progrès dans notre patrie, et pendant la saison privilégiée du choléra indigène. Grâce à ce rapprochement, les deux maladies se mêlent et se confondent, au point qu'il faut souvent une pénétration assez peu commune, pour démêler les phénomènes propres à la grande épidémie de ceux qui appartiennent au choléra nostras.

Une autre difficulté embarrasse encore le praticien. L'épidémie cholérique et le choléra nostras, en présence l'un de l'autre, se prêtent réciproquement plusieurs caractères, s'aggravent ou s'atténuent selon leurs rapports de prépondérance. Tout cela prouve, je pense, combien

il importe de se rendre exactement compte de leur physionomie respective, de peur d'attribuer, au détriment du diagnostic et de la thérapeutique, à la grande épidémie ce qui revient au choléra indigène, ou d'imputer à celui-ci ce qui est le fait de la grande épidémie.

Sauf les exemples de choléra indigène devenu accidentellement épidémique, ainsi qu'on en a vu, pour ne parler que de la France, à Nîmes, à la fin du seizième siècle, à Paris, dans le dix-huitième, et à Lyon, au premier tiers de celui-ci, ce choléra se voit tous les ans chez nous, comme en Europe et ailleurs, à des époques bien déterminées.

Sydenham avait même tellement circonscrit le règne annuel de cette maladie, qu'il la renfermait exclusivement dans le mois d'août. En France, son champ est beaucoup plus étendu ; elle s'y voit dès le mois d'août comme à Londres, mais elle y subsiste, en outre, durant le mois de septembre. Dans tout autre temps, elle est excessivement rare et tout à fait fortuite.

Si le choléra indigène recherche certaines époques, il n'est pas moins porté pour certaines localités. Fort rare sur les points élevés en butte aux vents, rafraîchis par des eaux vives, il s'établit de préférence dans les pays chauds, bas, humides et marécageux. En résumant l'étiologie du choléra indigène, nous voyons qu'il exige le concours d'une chaleur sourde et orageuse avec l'action des émanations paludéennes : une chaleur sèche ne le produit pas ; les miasmes marécageux ne l'engendrent pas non plus : il lui faut absolument, pour s'établir à demeure, et la chaleur étouffante des journées orageuses et les dégagements de vastes marais. Ce concours ne se déploie nulle part en France avec plus de force que dans les départements méridionaux baignés par la Méditerranée. Là se réunissent, au mois d'août et au mois de septembre, les exhalaisons de larges côtes marécageuses, des orages réitérés ou une tension électrique considérable et une chaleur humide permanente. Le contraste de la chaleur du jour et du froid de la nuit tend à le provoquer.

Sous ces influences le choléra indigène attaque généralement sans prodromes ; ses symptômes ordinaires sont ceux d'un état convulsif plus ou moins violent des organes de la digestion ; ils se traduisent par des déjections et des vomissements de nature très-diverse, accompagnés de douleurs aiguës dans l'estomac et les intestins, avec des crampes cruelles des extrémités et de tout le corps. Au milieu de tout cet appareil pathologique, la face est pâle, grippée, l'œil excavé et cerné d'un cercle livide, le pouls irrégulier, petit, filiforme, la peau froide aux membres, l'agitation extrême. Si cet état continue, des syncopes surviennent, le pouls et les urines disparaissent, un froid glacial se dé-

clare, la face devient hippocratique et le malade expire au bout de quinze ou vingt heures de souffrance. Lorsque la terminaison est heureuse, les vomissements et les déjections se modèrent et cessent. En même temps le calme renaît, les traits se recomposent, la peau se réchauffe, le pouls se relève et le malade s'endort, baigné d'une moiteur chaude, douce et égale. Ainsi, dès que les vomissements et les déjections ne se font plus, ou plutôt dès que l'irritation spasmodique des organes digestifs s'est apaisée, les déjections n'ont plus lieu, et tout rentre dans l'ordre après quinze ou vingt heures, ou deux ou trois jours.

Il y a dans le choléra, tel que nous venons de le dépeindre, ou tel qu'il est, pour ainsi dire, à l'état natif, une indication culminante fournie par le spasme convulsif de l'appareil gastro-intestinal. Combattre cet état de spasme est donc le besoin le plus pressant. Toutefois ce besoin n'est pas absolu. Il y a des choléras indigènes en fort grand nombre, et ce sont notamment les espèces qui s'observent ici dans le Midi, là où dominent, presque toute l'année, les affections bilieuses, où les convulsions de l'appareil digestif, signal de tous les désordres, sont primées par un autre élément : c'est une viciation, une dépravation des sucs bilioso-gastriques, viciation qui les assimile, par accident, aux substances toxiques de nature corrosive. De quelque manière que cette transformation s'opère, elle n'est pas moins réelle, ce qui rapproche nos choléras indigènes des choléras produits par les poisons, comme l'arsenic ou le sublimé. Dans ces circonstances il s'agit moins, au début, de réprimer les spasmes gastriques que de corriger l'altération des sucs bilioso-gastriques. C'est aussi ce que pratiquaient Rivière, Sydenham, Stoll et les grands médecins qui les ont précédés et suivis, en commençant par administrer, à la fois par les deux extrémités des voies gastriques, des torrents de liquides mucilagineux, avant d'en venir au traitement de l'état convulsif.

L'indication première, dans nos choléra indigènes, est effectivement non de recourir de prime abord aux opaciés et aux antispasmodiques à haute dose ; car l'opium ne réussit pas alors, et s'il parvient à réprimer le spasme, c'est en livrant le malade à toutes les conséquences de la résorption des sucs bilioso-gastriques dégénérés; l'indication première consiste, disons-nous, à délayer, à humecter, à détendre à l'aide des ingestions mucilagineuses incessantes et des bains généraux prolongés.

Il ne faut avoir recours aux opiatiques que lorsque les matières des vomissements et des garderobes ont perdu toute âcreté appréciable. Les opiacés ne sont pas plus heureux ici appliqués trop tôt qu'ils ne le sont entre les mains de ceux qui les adressent, avec aussi peu d'à-propos, à toutes les diarrhées, à toutes les dyssenteries. Ils arrêtent, c'est vrai, les

flux intestinaux contre lesquels on les dirige; mais c'est en retenant au sein des organes des matières délétères , dont la résorption, je viens de le dire, ira répandre une infection formidable dans l'ensemble de l'économie.

Nous n'avons considéré jusqu'ici que le choléra indigène tel qu'il est décrit depuis les premiers temps historiques, tel qu'il a toujours été vu en France, et qu'il se voit encore aujourd'hui surtout dans le Midi, au voisinage de la Méditerranée. Malheureusement cet état de choses a beaucoup changé depuis un certain nombre d'années. Nous en avons déjà fait la remarque : l'invasion de l'épidémie cholérique en 1832 a dénaturé jusqu'à un certain point notre choléra indigène en lui transmettant, avec un degré de gravité plus considérable, un aspect et des allures qui lui étaient étrangers. Cette influence extraordinaire n'a été reconnue par aucun bon observateur ; elle a été constatée, à Paris, chez presque tous les cholériques depuis l'épidémie de 1832 ; je l'ai aperçue de mon côté dans les choléras indigènes du Midi. On y trouve en effet, dès le début, l'abolition du pouls, la cyanose, l'algidité et les déjections riziformes, tous symptômes étrangers aux anciens choléras de nos contrées et composant en partie la physionomie spécifique du choléra épidémique.

Ce n'est pas tout. Dans les pays à proximité de ceux que l'épidémie cholérique éprouve, les choléras indigènes se multiplient, augmentent de gravité et s'imprègnent de plus en plus de la couleur du choléra épidémique. Cette similitude apparente en a imposé et en impose journellement, au point de faire prendre ces choléras pour l'épidémie cholérique. Il n'en est rien cependant, et la preuve c'est qu'ils manquent à vrai dire des traits caractéristiques de la grande épidémie.

En quoi consistent ces signes essentiels? Le voici : comme maladie individuelle, les choléras indigènes dénaturés ne présentent ni la sidération ou asphyxie du premier temps du choléra épidémique ; ils n'ont pas, non plus, la réaction typhoïde qui en marque la seconde période ; enfin, à l'ouverture du cadavre, on ne rencontre pas les désordres tout aussi caractéristiques de la grande épidémie.

Les choléras dont nous parlons, pris en masse, se distinguent encore plus, s'il est possible, du choléra épidémique. Ceux-ci, on le sait, font partie d'un ensemble, croissent et se développent en dehors de l'action des milieux, des temps et des personnes ; les autres, au contraire, sont sporadiques ou isolés, sans lien entre eux, quel que soit leur nombre, et s'expliquent par des circonstances de localité, de constitution atmosphérique ou de manière d'être individuelle.

Ces différences fondamentales réagissent naturellement sur le traitement. Les choléras épidémiques résistent à peu près à tous les moyens

tant que l'épidémie est en progrès; ils guérissent réciproquement assez facilement à l'aide des méthodes les plus diverses dès que l'épidémie est en déclin. Aucune mesure hygiénique n'en met à l'abri sur le passage de l'influence épidémique; enfin, tous les efforts doivent tendre à relever les malades de la sidération qui les atteint dans la première période et à les dégager, dans la seconde, de l'état typhoïde consécutif à l'asphyxie. Les choléras indigènes, modifiés par l'épidémie, sont en meilleure position. D'abord on s'en préserve, presque à coup sûr, à la faveur des précautions hygiéniques qui en conjurent les causes individuelles et locales. En outre, leur traitement consiste uniquement dans l'intervention de tous les moyens capables de résoudre la concentration spasmodique qui enchaîne ou bouleverse les principales fonctions. Ce résultat obtenu, la convalescence ne tarde pas à se déclarer, sans qu'il y ait ici ni période typhoïde, ni craintes continuelles de rechutes, ni allanguissement interminable et longtemps périlleux du système général des forces et des grands appareils organiques.

Il y a donc lieu aujourd'hui à distinguer le choléra indigène, dont on trouve la description dans Arétée, Rivière, Sydenham, Stoll, Franck, etc., et qu'on observait très-communément en France, particulièrement sur nos côtes méridionales, du choléra indigène tel qu'il s'observe dans les mêmes lieux depuis le règne de la grande épidémie cholérique. Les différences portent sur son assimilation phénoménale avec les produits de la grande épidémie, ce qui le rend en même temps et plus commun et plus grave. Cependant, cette assimilation n'est encore que phénoménale ou apparente, puisqu'il manque des caractères pathognomoniques du choléra de 1832 ou du choléra épidémique.

Profr. Fuster.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

SUR L'INSUFFLATION DE BOUCHE A BOUCHE DANS LES CAS DE MORT A LA SUITE DES INHALATIONS DU CHLOROFORME.

Par M. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi.

En ce moment, où les Académies sont en émoi à propos des dangers qu'on a récemment signalés à la suite de l'emploi du chloroforme, je crois opportun de vous communiquer deux observations très-propres à rassurer les esprits alarmés, et qui peut-être pourront servir d'enseignement aux esprits alarmistes.

Malgré tout ce qui a déjà été dit et tout ce qui a déjà été fait sur le chloroforme, je crois qu'il reste encore beaucoup de choses à dire, et beaucoup d'expériences à faire sur ce sujet. Mais je n'entrerai pas aujourd'hui dans le détail de toutes les questions qu'il faudrait agiter pour en tracer l'histoire ; je me contenterai de signaler à votre attention les faits que j'ai observés.

J'ai eu l'occasion d'employer le chloroforme dans un grand nombre de circonstances, et je demeure convaincu que c'est un excellent agent qui, dans certains cas, peut être très-utile. Seulement, il faut ne l'administrer qu'avec circonspection, car il peut devenir dangereux dans des mains insoucieuses ou inexpérimentées. Cependant, je pense que les dangers auxquels il expose ne sont nullement en rapport avec l'excitation qu'il peut produire. Malgré les assertions contradictoires et erronées, tous les observateurs judicieux pourront vérifier le fait.

Dans ma pratique, j'ai rencontré deux cas dans lesquels l'emploi du chloroforme a failli devenir mortel; dans les deux cas, son action avait été très-rapide et n'avait occasionné aucune excitation préalable. On l'avait administré à l'aide d'une éponge à vacuoles très-larges, ce qui permettait, en apparence du moins, l'inhalation d'un mélange suffisant d'air atmosphérique.

Obs. Ire. La malade qui m'a fourni le sujet de ma première observation était une femme de vingt-six ans environ, sur laquelle j'avais à pratiquer l'excision de quelques végétations peu volumineuses. Préalablement, elle fut soumise aux inhalations du chloroforme ; mais cela ne fut que d'après ses instances réitérées. Cette malade paraissait d'une pusillanimité excessive.

L'effet anesthésique du chloroforme fut très-rapide, car, après quelques aspirations, la malade parut endormie. On éloigna l'éponge, et je commençai l'excision des végétations : j'avais à peine donné deux ou trois coups de ciseaux, un des aides m'avertit que le pouls paraissait s'éteindre. Je vis qu'en effet les battements du cœur étaient suspendus, que tous les mouvements respiratoires avaient cessé, que les lèvres étaient violacées et pendantes. Les membres étaient dans un état de résolution complète ; la face cadavéreuse annonçait que la malade se trouvait dans un état syncopal précurseur de la mort. On employa aussitôt, mais sans résultat, tous les moyens indiqués en pareil cas : courants d'air froid, aspersions d'eau froide sur le visage, titillations dans les narines. Des mouvements artificiels furent exercés sur les parois de la poitrine, pour essayer de mettre en jeu le mécanisme de la respiration.

La syncope se prolongeant, la mort paraissait imminente. Je commençai alors à concevoir des inquiétudes, et je m'avisai d'insuffler di-

rectement de l'air dans les poumons : j'appliquai ma bouche sur celle de la malade. Après quelques insufflations, la mourante poussa un soupir, sa poitrine se souleva, le visage reprit sa coloration normale, le cœur et le pouls recommencèrent à battre d'une manière appréciable, les yeux s'ouvrirent : la respiration avait ranimé le jeu de toutes les fonctions de la vie, et le rappel du sentiment se manifesta par un sourire.

La malade fut sauvée et nous en fûmes quittes pour la peur.

Obs. II. La seconde fois que j'eus l'occasion de constater les dangers du chloroforme, ce fut sur un malade qui était dans mon service à l'hôpital du Midi. C'était un jeune homme auquel je devais pratiquer la circoncision. Comme cette opération est ordinairement assez douloureuse, il me demanda à être endormi par le chloroforme. On lui fit respirer une éponge qui en était imprégnée ; l'action fut très-rapide et sans aucune apparence d'excitation préalable ; le malade se trouva bientôt dans un état d'insensibilité complète. Je fis l'opération, mais quand elle fut terminée, le malade ne revenait pas à lui et demeurait dans une immobilité alarmante ; le pouls s'éteignit de plus en plus, le cœur cessa de battre, la respiration parut complétement suspendue, tous les sphincters restèrent dans le relâchement, et la face devenue cadavéreuse faisait présager la mort.

On employa tous les moyens que j'ai déjà indiqués dans l'observation précédente ; mais tous ces moyens furent sans résultat, et il me fallut recourir à l insufflation directe de l'air, qui déjà m'avait si bien réussi. Le succès couronna mes efforts, le malade revint à la vie.

Maintenant, mon cher confrère, d'après ces deux observations, n'est-il pas permis de conclure que dans les cas de mort imminente par suite de l'action du chloroforme, l'insufflation directe de l'air et *bouche à bouche*, du médecin au malade, paraît être un moyen plus efficace et plus sûr que tous les autres moyens conseillés en pareils cas ; plus efficace et plus prompt que tous les autres procédés d'insufflation artificielle, avec des tubes ou des sondes? Ne pensez-vous pas avec moi que, désormais, le médecin qui négligerait d'y avoir recours assumerait sur lui une grave responsabilité?

Je sais bien qu'on pourrait objecter qu'un semblable moyen inspirera souvent du dégoût et occasionnera de la répugnance ; mais cette considération doit être de peu d'importance pour des hommes dont la vie est par profession un dévouement continuel.

Ph. Ricord.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES LUXATIONS DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; PROCÉDÉ NOUVEAU DE RÉDUCTION.

Par M. Nélaton, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

S'il est une espèce de luxation sur laquelle les auteurs classiques devraient être d'accord, c'est la luxation de la mâchoire inférieure. L'étude facile de l'articulation temporo-maxillaire, la possibilité du déplacement seulement dans un sens, le peu d'épaisseur des couches musculaires qui recouvrent l'os luxé, tout concourait pour permettre la constatation exacte des rapports nouveaux des surfaces articulaires, et des obstacles à vaincre pour les ramener dans leur position normale. Comment se fait-il que la chirurgie soit arrivée jusqu'à nos jours sans avoir pu combler cette lacune? C'est que le procédé que lui avait légué le père de la médecine, quoique reposant sur une idée erronée, lui suffisait dans la majorité des cas. Seulement, lorsqu'une luxation se montrait rebelle à l'emploi du procédé hippocratique, devenu le procédé classique, les idées fausses sur la nature de l'obstacle devaient fourvoyer le chirurgien et le faire recourir à des manœuvres incomplètes. Si, partie d'une idée fausse, la pratique peut arriver par hasard à un résultat utile, ce ne peut être qu'une exception, et l'art est complet seulement lorsque la théorie et la pratique se justifient réciproquement. C'est ce qu'a fait M. Nélaton dans la note suivante, lue par ce chirurgien, il y a environ une année, à la Société de chirurgie. Nous allons reproduire ce travail pour le compléter ensuite par les résultats fournis par l'expérimentation clinique qui prononce en dernier ressort.

On professe généralement, dit M. Nélaton, qu'une fois la luxation du maxillaire inférieur produite, le condyle de cet os vient se placer au-devant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique, et se trouve maintenu dans cette position, suivant les uns, par la contraction musculaire, suivant les autres, par la résistance que présente au condyle la saillie de l'apophyse transverse du temporal.

Cette théorie, qui fut celle de J.-L. Petit, de Boyer, d'Ast. Cooper, a été reproduite et admise sans contrôle dans les ouvrages même les plus récents. Pour s'en convaincre, il suffit de jeter un coup d'œil sur l'article de Bérard (Diction. en 30 vol.), et sur la Thèse de M. Giraldès, qui ont tous deux résumé fidèlement l'état de la science. En présence d'un accord aussi unanime de la part des auteurs, il semblait qu'il ne fût pas permis d'élever le moindre doute relativement à ces points d'anatomie et de physiologie pathologiques. Cependant, M. Malgaigne n'a pas craint de contester la valeur d'une doctrine consacrée par le temps et les autorités les plus recommandables. Voici ses propres paroles : « Lorsque, pour la première fois, imbu des idées de l'école, j'es-

« sayai de luxer la mâchoire sur le cadavre, je fus surpris de la facilité
« avec laquelle j'amenai les condyles maxillaires au-devant des condy-
« les temporaux, sans rupture aucune, ni des ligaments ni des mus-
« cles ; mais je me tourmentai à rechercher pourquoi cette luxation
« était si rare, et d'où venaient les difficultés de la réduction. Le doute
« pénétra peu à peu dans mon esprit.

« J'examinai sur le vivant l'étendue du mouvement du condyle dans
« l'abaissement de la mâchoire, et je le vis se porter naturellement au-
« devant du condyle du temporal, laissant derrière lui une portion
« très-considérable du muscle masséter, qui ne l'empêche nullement
« de retourner dans sa cavité ; enfin, en pressant fortement les surfa-
« ces articulaires l'une contre l'autre lorsqu'on opère le rapprochement
« des mâchoires, on sent très-nettement le saut que les condyles ma-
« xillaires sont obligés de faire pour repasser sous la saillie des condy-
« les temporaux. Voici une chose curieuse, une position normale que
« tous les chirurgiens de notre époque regardent comme une luxation, et
« chacun peut sur soi-même reproduire à l'instant cette luxation pré-
« tendue avec ses symptômes classiques, sauf la douleur et la nécessité
« de la réduction. »

Cette observation de M. Malgaigne nous a paru très-fondée. En admettant, en effet, le déplacement tel que le supposent les auteurs, quel est l'obstacle qui empêche le condyle de rentrer dans la cavité glénoïde du temporal ? La saillie que forme la racine transverse n'est pas très-prononcée, et cette saillie fût-elle plus considérable, il est facile de comprendre qu'elle ne pourrait mettre obstacle à la réduction. Tout, en effet, dans cette articulation, ligaments, capsule, muscles, est disposé de manière à permettre le passage facile du condyle au-dessous de cette apophyse. Au point de vue de la réduction, on ne peut donc comparer cette saillie osseuse à celles que l'on rencontre autour de la plupart des articulations. Si les éminences osseuses qui entourent les cavités articulaires s'opposent quelquefois à la réduction, c'est que l'os déplacé est obligé de les contourner pour reprendre sa place, et que les ligaments, les muscles distendus, se prêtent avec peine à un semblable mouvement. Ici, au contraire, les parties fibreuses et musculaires sont très-favorablement disposées pour permettre la rétrocession du condyle, et l'on ne conçoit pas dès lors ce qui s'oppose à la réduction.

Serait-ce donc la contraction musculaire, comme le croyait J.-L. Petit ? « Cela arrive ordinairement, disait ce chirurgien, parce que les
« condyles se sont glissés en devant, et alors leur appui se trouve dans
« la ligne qui passe directement de l'origine des muscles à leur inser-
« tion, ou que, portés plus avant, les condyles appuient au delà de

« cette ligne. Dans cette situation, il est évident que la contraction des « muscles ne tend qu'à presser les condyles contre la base du crâne et « à les éloigner de leur articulation : c'est ce que concevront aisément « ceux qui auront quelque teinture de mécanique. »

Ribes et Boyer n'auraient guère rempli cette dernière condition aux yeux de J.-L. Petit, car ils ont attaqué et renversé l'explication de ce grand chirurgien. J.-L. Petit, en effet, est parti d'un principe de mécanique parfaitement juste ; mais il en a fait une mauvaise application aux muscles dont il s'agit. La connaissance exacte de l'anatomie a préservé Boyer d'une semblable erreur, et l'a conduit à rectifier l'explication, d'ailleurs si ingénieuse, si séduisante, de J.-L. Petit. Il faudrait, en effet, pour que les muscles qui, à l'état physiologique, élèvent la mâchoire, pussent changer de rôle quand celle-ci est luxée, d'élévateurs devenir abaisseurs ; il faudrait, dis-je, que dans le mouvement forcé d'abaissement de la mâchoire les branches de cet os pussent « croiser « la ligne moyenne de direction des muscles ptérygoïdien interne et « masséter ; il faudrait que les condyles fussent portés en avant, au « point d'atteindre et même de dépasser la ligne dont il s'agit : mais « un déplacement aussi étendu n'a jamais lieu ; il suppose entre les « mâchoires un degré d'écartement que l'on ne rencontre presque jamais « en pareil cas (Boyer). » Boyer, en s'exprimant ainsi, avait parfaitement raison. Dans aucun cas de luxation de la mâchoire, en effet, cette ligne ne se trouve dépassée, et les muscles précédemment cités restent toujours élévateurs. C'est donc à tort que la contraction musculaire a été invoquée comme cause de cette impossibilité de réduction. Nous avons vu un peu plus haut que ce n'était pas non plus la résistance que présente au condyle la saillie de l'apophyse transverse, ainsi que l'admettaient Ribes, Boyer, et d'après eux tous les chirurgiens de notre époque. Cette cause réside donc ailleurs ; c'est elle qu'il fallait rechercher.

C'est pour cela que j'ai entrepris les recherches dont je vous parlais en commençant cette note, et dont je vais vous faire connaître les résultats. Mais permettez-moi auparavant de rappeler en quelques mots l'anatomie de la région temporo-maxillaire ; une description succincte de cette région facilitera l'intelligence de ce qui doit suivre.

Tout le monde sait que l'os maxillaire inférieur, en s'articulant avec l'os temporal, forme un angle qui varie beaucoup suivant les différents âges. C'est ainsi que chez les enfants, dont les branches de la mâchoire forment avec son corps un angle extrêmement ouvert, on trouve l'os maxillaire formant avec le temporal un angle très-aigu ouvert en avant. A mesure que les sujets avancent en âge, que les dents se déve-

loppent, l'angle devient plus ouvert, et ce n'est que chez les vieillards qui ont perdu leurs dents que l'on retrouve la disposition déjà signalée dans le jeune âge.

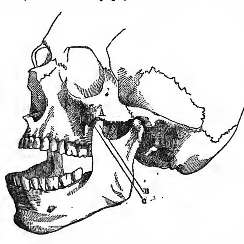
En avant de l'articulation temporo-maxillaire, on trouve l'excavation temporo-zygomatique, dans laquelle l'apophyse coronoïde est logée lorsque la bouche est fermée. En avant et en arrière de cette excavation se trouvent deux éminences, la postérieure formée par le tubercule de l'apophyse transverse de l'arcade zygomatique, l'antérieure par l'articulation de l'os maxillaire supérieur avec l'os malaire. En effet, à la partie inférieure de la suture qui résulte de la réunion de ces deux os, il existe un tubercule assez saillant, limité en dedans par une échancrure formée par le bord mousse de l'apophyse malaire du maxillaire supérieur, et souvent en dehors par une petite fossette allongée, à peu près ovalaire, et sur laquelle nous reviendrons. Ce tubercule, auquel on peut donner le nom de *tubercule malaire*, se trouve éloigné de l'apophyse coronoïde d'un centimètre environ. A la place de ce tubercule, nous avons rencontré quelquefois une surface plane, et même, chez certains sujets, une échancrure plus ou moins prononcée. Mais la présence du tubercule reste toujours la règle.

L'apophyse coronoïde mérite aussi de fixer notre attention. En effet, comme l'a fait remarquer M. Chassaignac dans son Mémoire sur la désarticulation de la mâchoire, cette saillie osseuse présente des différences individuelles très-prononcées. Ainsi, très-courte chez certains sujets et s'élevant à peine jusqu'au niveau du condyle, elle est au contraire très-allongée chez d'autres; tantôt dirigée presque directement en haut, d'autres fois obliquement en dehors, de sorte que son sommet tend à venir rencontrer l'arcade zygomatique; tantôt projetée en avant de manière à s'éloigner beaucoup du condyle, d'autres fois renversée en arrière, et par conséquent tendant à s'en rapprocher.

J'insiste sur ces détails anatomiques, dont les auteurs ont négligé de s'occuper, et qui pourront vous paraître un peu minutieux, mais dont nous comprendrons bientôt l'utilité. Je ne dirai rien ici des ligaments de la capsule fibreuse assez lâche, qui maintiennent unies les surfaces articulaires, non plus que de la synoviale et du ménisque biconcave qui sépare les deux os, toutes choses qui sont bien connues.

Ces faits bien établis, abordons maintenant la question pathologique. Ayant, comme je l'ai dit, entrepris quelques expériences sur le cadavre, dans le but de vérifier la doctrine régnante sur les luxations de la mâchoire, j'ai reconnu : 1° ainsi que l'avait dit M. Malgaigne, que, si le condyle de la mâchoire se trouve porté en avant, sans dépasser le point que lui permet d'atteindre la laxité de la capsule, le déplace-

ment disparaît forcément aussitôt que l'on rapproche les arcades dentaires, la saillie de l'apophyse transverse ne met alors aucun obstacle à la rétrocession du condyle de la mâchoire; 2° que, si l'on vient à couper la partie antérieure de la capsule, ou à la déchirer, de manière que le condyle puisse en sortir et s'avancer de quelques millimètres, on remarque que le déplacement est permanent, non point, comme on le croit généralement, à cause de la saillie de la racine transverse, ni à cause de la contraction ou de la tension des muscles, *mais parce que le sommet de l'apophyse coronoïde* B *vient arc-bouter contre l'angle inférieur et antérieur de l'os malaire* A, *et se loger dans la petite fossette que nous avons dit exister souvent dans ce point* C.

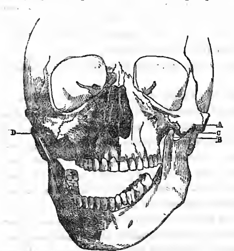


Le contact du sommet de l'apophyse coronoïde avec l'os malaire nous paraît donc la condition indispensable pour qu'il y ait une véritable luxation, et pour cela le déplacement n'a pas besoin d'être extrême; il suffit que le condyle s'avance de trois ou quatre millimètres. Le ligament latéral externe reste intact, la capsule seule est déchirée à sa partie antérieure; et le ménisque accompagne le condyle dans son déplacement, ou bien il reste au-dessous de la racine tranverse, selon que la rupture a lieu au-dessus ou au-dessous de son bord antérieur.

Lorsque la luxation est produite par une violence extérieure, il est probable que le sommet de l'apophyse coronoïde déchire quelques fibres du masséter ou du temporal, et vient se loger dans l'épaisseur de ces muscles, ce qui augmente encore la difficulté de la réduction.

Il résulte de ce qui précède, que ce n'est point sur le condyle de l'os maxillaire qu'il fallait fixer l'attention pour trouver la cause qui rend le déplacement permanent, mais sur l'apophyse coronoïde et l'os malaire, puisque c'est dans la rencontre de ces deux os que réside presque tout entière la difficulté de réduire. C'est pour n'avoir point tenu

compte de cette position des parties que les auteurs sont restés si longtemps dans l'erreur. Soyons juste, cependant, envers quelques-uns d'entre eux, auxquels le fait sur lequel repose notre explication n'a pas été complétement inconnu. C'est ainsi que Monro l'ancien, cité par Boyer, pensait que si la luxation n'avait pas été réduite, la mâchoire se relevait graduellement jusqu'à ce que le sommet de l'apophyse coronoïde vînt rencontrer l'angle inférieur de la pommette. Plus près de nous, Samuel Cooper mentionne incidemment cette même disposition. Comment se fait-il que ces auteurs n'aient point tiré parti d'une donnée aussi importante, qu'ils l'aient placée dans leur livre d'une manière en quelque sorte fortuite, sans en tirer la moindre conséquence pour le mécanisme, l'anatomie pathologique et le traitement des luxations de la mâchoire inférieure? Cela nous explique comment les chirurgiens modernes qui ont écrit sur ces luxations ont pu laisser passer inaperçu un fait aussi important. Nous-même l'avons cru un moment entièrement nouveau, et ce n'est qu'après quelques recherches que nous sommes parvenu à en découvrir l'indication dans les auteurs précédemment cités, et pour lesquels ce fait a été en quelque sorte non avenu.



Jusqu'ici nous n'avons considéré les rapports des os que dans les cas de luxations bilatérales. Il nous reste à dire un mot maintenant sur la position des parties dans les cas de luxations unilatérales. Ce n'est plus au niveau de la partie inférieure de l'os malaire A que vient se placer le sommet de l'apophyse coronoïde B, c'est en dedans du tubercule malaire, dans cette espèce d'échancrure D que nous avons indiquée dans nos considérations sur l'anatomie de ces parties. Le condyle du côté opposé reste dans la cavité glénoïde; il éprouve seulement un mouvement de torsion, ainsi que le montre la figure ci-dessus(1).

(1) Nous devons ces deux gravures à l'obligeance de M. Germer Baillière;

Après ce que nous venons de dire, on comprend facilement que la luxation de la mâchoire inférieure doit nécessairement être rare, attendu que l'apophyse coronoïde ne présente pas chez tous les sujets les mêmes dimensions, ni la même configuration. En effet, si le sommet de cette apophyse est fortement déjeté en arrière, on conçoit qu'il faudrait que la mâchoire fût fortement projetée en avant pour que cette apophyse pût rencontrer l'os malaire, et pour que le déplacement fût permanent. Il est même probable que chez certains sujets cette disposition rend la luxation à peu près impossible. Par la raison inverse, si le sommet de l'apophyse coronoïde est plus déjeté en avant, la rencontre de cette saillie osseuse et du tubercule malaire exigera un déplacement moins considérable, et la luxation sera plus facile. Supposons même que la disposition que nous venons de signaler soit plus prononcée encore, et l'on concevra comment certains sujets se luxent l'os maxillaire inférieur sans l'intervention d'aucune violence extérieure, par la seule contraction des muscles abaisseurs de la mâchoire. On comprendra de même que ces sortes de luxations, que les dispositions anatomiques rendent pour ainsi dire toujours imminentes, aient la plus grande tendance à se reproduire sur le même sujet ; fait qui a été indiqué par tous les observateurs.

Ajoutons, pour terminer, que, si l'on admet la doctrine qui vient d'être exposée, on se rendra facilement compte de tous les faits relatifs à l'histoire de cette luxation. Et d'abord, les symptômes attribués par tous les auteurs à ce déplacement sont précisément les mêmes qu'on pourrait *à priori* déduire de ce que la théorie nous enseigne. Les difficultés de réduction, dont on avait tant de peine à se rendre compte avec les doctrines classiques, sont facilement comprises dès à présent. Enfin, nous croyons que les dispositions que nous venons de faire connaître sont de nature à guider les chirurgiens avec plus de certitude dans les manœuvres de réduction.

Le fait suivant, que M. Nélaton vient de communiquer à la Société de chirurgie, va nous fournir la preuve que les choses sont bien comme il les avait prévues. Une dame, âgée d'environ trente-cinq ans, en rentrant chez elle, à la suite d'une soirée passée au théâtre, est prise de bâillement et s'aperçoit qu'elle ne peut plus fermer la bouche ; c'était la première fois que semblable accident lui arrivait. Un médecin habitait sa maison, elle le fait prier de monter. Ce confrère arrive immédiatement, constate la luxation des deux condyles, et fait des tentatives inutiles

elles serviront à prouver à nos lecteurs le soin avec lequel ont été faites les illustrations des Eléments de pathologie externe que vient de publier M. Nélaton.

de réduction à l'aide du procédé classique, c'est-à-dire en appliquant la face palmaire des pouces sur les dernières dents molaires inférieures, tandis que les autres doigts embrassent la mâchoire. Un second praticien est mandé aussitôt ; ancien interne de nos hôpitaux, il a eu l'occasion de réduire plusieurs fois cette espèce de luxation, il ne doute pas qu'il ne doive réussir. Cependant il essaye, et échoue à son tour. Enfin, de guerre lasse, après trois heures de manœuvres inutiles, on laisse la malade, remettant la réduction au lendemain matin. A huit heures les médecins se trouvent chez la malade : se rappelant les difficultés qu'ils ont rencontrées la nuit, ils décident de pratiquer une saignée du bras, afin d'obtenir le relâchement des muscles élévateurs de la mâchoire ; ce moyen reste sans succès : on a recours alors à un bain prolongé, mais inutilement ; l'emploi même de l'inhalation du chloroforme n'amène pas un meilleur résultat, et l'on est forcé de remettre de nouveau à l'après-midi de nouvelles tentatives ; quoique opérées avec l'assistance d'un nouveau confrère, et sous l'influence de l'inhalation anesthésique, la réduction ne put être effectuée.

M. Nélaton est alors appelé. Le lendemain matin, lorsqu'il voit la malade, il y avait trente-six heures que l'accident était arrivé. Voici l'état dans lequel il trouve les parties : les joues, les tempes et les lèvres sont fortement œdématiées par suite des pressions auxquelles ces parties ont été soumises. La muqueuse de la bouche est elle-même excoriée dans les points comprimés pendant ces manœuvres ; la bouche est entr'ouverte, les arcades dentaires séparées seulement par un intervalle d'un centimètre ; les dents incisives du bas sont sur un plan antérieur à celles du haut. Si l'on veut rapprocher les mâchoires, on rencontre un obstacle invincible, mais il est possible d'ouvrir la bouche davantage, et l'on peut porter l'écartement



des incisives à deux centimètres environ. On constate la dépression au devant du conduit auditif de chacun des côtés. (Ce signe, que l'on peut voir figuré sur la gravure ci-jointe, a une grande valeur, surtout dans le cas de luxation d'un seul condyle.)

Ce fait avait pour M. Nélaton un grand intérêt, car il n'avait pu encore constater, d'une manière satisfaisante, si la disposition des parties était bien comme il l'avait décrite. Il procéda même à l'examen de la malade avec d'autant plus de précaution, que quelques jours auparavant il avait réduit, à son hôpital, une luxation de la mâchoire, rien qu'en cherchant à constater la présence de l'apophyse coronoïde sur le bord de l'éminence molaire. L'index de la main droite fut introduit dans la bouche, et porté sur le bord antérieur de l'angle de la mâchoire, de façon que la face palmaire du doigt, en suivant la saillie osseuse, parvint jusqu'au sommet de l'apophyse coronoïde. M. Nélaton put se convaincre ainsi qu'il était manifestement placé au-devant de l'os de la pommette.

Cette constatation bien faite, ce chirurgien devait procéder à la réduction; mais pour y parvenir, il fallait déterminer le relâchement des muscles élévateurs de la mâchoire, c'est-à-dire des temporaux, des ptérigoïdiens internes, et surtout des masséters. Ce résultat est facile à obtenir : il suffit de faire ouvrir la bouche à la malade, et de profiter de ce mouvement pour repousser en arrière l'apophyse coronoïde. Ce sont ces idées que M. Nélaton mit en pratique de la manière suivante :

La malade fut placée sur une chaise, la face tournée vers l'ouverture d'une fenêtre, et la tête libre, même de se porter en arrière; le pouce de chacune des mains fut introduit dans la bouche, et lorsque la pulpe de ces doigts se trouva placée sur le sommet des apophyses coronoïdes, le chirurgien engagea la malade à ouvrir la bouche, et profita du relâchement des muscles élévateurs de la mâchoire, pour exercer une pression légère sur le sommet de l'apophyse coronoïde qui fuit en arrière, et reprit sa place dans la fosse zygomatique. C'est ainsi que les choses se passèrent chez cette dame ; elle rapprocha immédiatement les mâchoires, et ne sut comment exprimer sa joie d'avoir obtenu un si beau résultat, à si peu de frais.

La constatation du fait anatomique signalé par M. Nélaton a été répétée un trop grand nombre de fois pour que le moindre doute puisse être émis à cet égard. Ainsi depuis la communication du travail de notre collègue, plusieurs des membres de la Société de chirurgie, MM. Monod, Huguier et Maisonneuve ont rapporté des cas de luxations, dans lesquels ils ont pu se convaincre que l'apophyse coronoïde

appuyait effectivement sur l'os de la pommette, et constituait ainsi le principal obstacle à la réduction, comme l'avait indiqué M. Nélaton. Outre ces faits péremptoires, ce chirurgien nous a fourni une dernière preuve ; c'est l'autopsie d'un malade admis dans son service pour une luxation de la mâchoire inférieure, et qui avait succombé, le quatrième jour de son entrée, à une pneumonie, dont il fut atteint le jour même de la réduction. Après la mort, on put reproduire très-facilement le déplacement de la mâchoire inférieure, et se convaincre, par la dissection, de la disposition que les surfaces articulaires avaient présentée pendant la durée de la luxation.

Quant au procédé formulé par M. Nélaton, rien de plus simple et de plus facile à mettre à exécution, ainsi qu'on a pu s'en convaincre par la lecture de l'observation que nous venons de rapporter. Si, par une circonstance qu'on ne peut prévoir, ce procédé venait à échouer, voici une modification dont nous a entretenu ce chirurgien, et que nous croyons assez importante pour devoir la signaler. On nouerait solidement les deux extrémités d'un foulard, après l'avoir roulé sur



lui-même en forme de corde; cette sorte d'anneau flexible ainsi obtenu, on en appliquerait la partie moyenne derrière la tête de la malade, puis les doigts prenant appui sur les deux courbes de l'anneau, ainsi que nous l'avons figuré dans la figure ci-dessus, on appuierait l'extrémité des pouces sur les sommets de chacune des apophyses coronoïdes, et repoussant en bas et en arrière la saillie osseuse, que l'on sent parfaitement à travers l'épaisseur des joues, on réduirait facilement la luxation, car les pouces possèdent ainsi, on le conçoit, une force très-grande.

CHIMIE ET PHARMACIE.

PRÉPARATION DES IODURES MERCUREUX ET MERCURIQUE (PROTO ET DEUTO-IODURES DE MERCURE) PAR VOIE DIRECTE.

Chacun connaît l'importance qu'ont prise, dans la thérapeutique des affections syphilitiques, les iodures de mercure. Le proto-iodure surtout domine aujourd'hui tous les autres agents médicamenteux dans le traitement des accidents secondaires, à ce point que dans ces cas son indication, mais seulement son indication, entendons-nous bien, est devenue chose banale, et la syphilis secondaire est, on le sait encore, la forme de l'infection syphilitique que les médecins ont le plus fréquemment à traiter. Le deuto-iodure uni à l'iodure de potassium est plus spécialement applicable au traitement des accidents syphilitiques mal définis qui établissent la transition entre la période secondaire et la période tertiaire, ou encore dans les cas où les accidents de ces deux périodes se trouvent mêlés et dans lesquels les mercuriaux seuls, comme l'iodure de potassium seul, échoueraient. Constater ces faits, c'est faire ressortir l'intérêt qui doit s'attacher à la bonne préparation des produits qui nous occupent.

Les moyens de préparation des iodures de mercure sont assez variés. Le Codex prescrit pour le proto-iodure la trituration directe du mercure et de l'iode; pour le bi-iodure, la décomposition d'un soluté de sublimé corrosif par un autre d'iodure potassique; le précipité rouge qui se produit est l'iodure cherché. Ces moyens de préparation sont fort simples; exécutés avec tous les soins possibles, ils donnent de bons produits. Cependant, M. Dublanc accuse le procédé de préparation du proto-iodure de ne pas donner sûrement du proto-iodure exempt, soit de mercure métallique, soit de bi-iodure, et le second d'être onéreux. Il propose donc le procédé suivant :

On prend :

Mercure pur..............	100 grammes.
Iode sec en poudre..........	124 grammes.
Alcool à 95°..............	1000 grammes.

On met le mercure dans un flacon, on y verse l'alcool, et l'on ajoute de l'iode par portions de 10 grammes. Quand l'agitation a donné lieu à la combinaison, et que l'alcool a repris sa transparence, on renouvelle les portions d'iode. On en fait absorber ainsi 120 grammes. L'alcool étant de nouveau devenu incolore, on met les 4 derniers grammes et l'on agite encore. Cette fois la liqueur reste colorée, parce que la combinaison est parvenue à sa limite : le bi-iodure de mercure est

fait. Après l'avoir retiré du flacon, on le lave avec un peu d'alcool concentré.

Le bi-iodure ainsi préparé est cristallin ; les cristaux très-réguliers ont une nuance hyacinthe ; mais, par la division, ce composé prend l'aspect sous lequel on a l'habitude de le voir.

Le *proto-iodure de mercure* s'obtient avec la plus grande facilité en ajoutant une proportion de mercure au bi-iodure.

On prend la quantité de bi-iodure de mercure donnée par l'opération ci-dessus :

Soit..................	224 p.
Et mercure.............	100 p.

On triture d'abord au mortier, puis on achève la combinaison sur le porphyre. En donnant le temps nécessaire à l'opération, le proto-iodure lavé à l'alcool ne décèle pas la moindre trace de bi-iodure.

L'avantage que l'auteur reconnaît à ce procédé de préparation des iodures de mercure, en particulier sur ceux du Codex, c'est, nous l'avons déjà fait pressentir, de donner des produits plus purs ; d'éviter l'emploi de substances dont le prix individuel est plus élevé que celui du corps qui résulte de leur combinaison. L'alcool employé dans l'opération n'ajoute rien à la dépense, puisqu'il doit être réservé pour servir d'intermédiaire à toutes les opérations ultérieures.

L'auteur avance que, par ce procédé, le produit représente exactement et sans perte le poids des éléments du composé obtenu. Sans doute qu'il n'a pas entendu parler du produit de la première opération; car le bi-iodure de mercure étant soluble dans l'alcool, ce liquide doit conserver tout ce qu'il en peut dissoudre et diminuer d'autant, dans ce cas, le rendement; mais ainsi saturé dans la première opération, il n'en dissoudra plus dans une seconde, une troisième, etc., et par conséquent la totalité des matériaux employés se retrouvera dans le composé ; voilà pourquoi il faut conserver pour les opérations ultérieures l'alcool qui a déjà servi. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DES DIÈTES ALTÉRANTES POUR AMENER LA COCTION DANS LES MALADIES CHRONIQUES, ET PAR SUITE L'ÉLIMINATION DES MATÉRIAUX PATHOLOGIQUES ET SPÉCIFIQUES RÉSORBÉS.

Il y a des praticiens heureux, des auteurs rassurants ; ils ont pour tous les maux, pour les diverses natures de maladies, pour tous les phé-

nomènes accidentels, de merveilleux spécifiques, qui s'adressent tout de suite à l'origine du mal, à tel organe, à telles formes ou nuances morbides, et sur-le-champ la maladie disparaît. Malgré la bonne volonté que j'ai mise bien des fois à suivre les idées, les conseils de ces médecins, est-ce fatalité? je n'ai rien trouvé de semblable. Si, ensuite, je consulte l'histoire de l'art, je remarque que tel spécifique, qui fut de mode à telle époque, a cessé de l'être bientôt après, et ainsi successivement pour chacun d'eux. Evidemment donc mes résultats ne sont pas exceptionnels, et j'ai dû seulement en conclure que j'étais plus difficile ou moins enthousiaste que ces préconiseurs.

En effet, si un médicament avait réellement tenu tout ce qu'on lui faisait promettre, d'où viendrait cet abandon que l'histoire nous indique? Jadis c'était le soufre pour les dartres, hier l'arsenic, ce matin l'iodure de potassium, même l'iodure de fer; et ce soir soufre, arsenic et iodures ont disparu. La recherche des spécifiques était seule bonne ou seule possible dans l'enfance de l'art, du temps de l'alchimie, alors que la science était morcelée, composée de faits bruts, sans lien, sans union philosophique possible. Mais aujourd'hui, qu'outre les mécomptes de cette manière de procéder, nous pouvons, jusqu'à un certain point, descendre, par la force de la raison et des faits physiologiques, dans les mouvements intimes de notre mécanisme organique et dans les effets que ces médicaments y produisent, comment pouvons-nous nous laisser bercer dans de pareilles illusions? Pour mon compte, plus je pénètre dans la science, plus j'avance dans la pratique, moins je vois de remèdes et plus j'arrête mes convictions sur les médications et sur leurs puissances.

Je ne saurais nier qu'il existe des agents de la matière médicale qui s'adressent à certains éléments morbides, et qui, en décomposant, par leur action sur ces éléments, la maladie elle-même, permettent un certain retour dans le jeu physiologique. Tel est le quinquina sur l'intermittence, le musc pour l'ataxie, l'opium, la belladone, le chloroforme sur la douleur et le spasme, etc. Mais de ces faits hors ligne, parce qu'ici le remède s'adresse plus au système nerveux qu'à la maladie, à d'autres faits exceptionnels qui s'expliquent par des circontances étrangères au remède, en conclure à des principes généraux sur l'efficacité particulière du mercure, de l'arsenic, de l'iode à l'égard de telle maladie organique et spécifique, il y a fort loin. Il faudrait admettre que chacun de ces médicaments va atteindre de prime abord et comme par prédilection la racine morbide originelle. Or, rien ne le prouve, ou plutôt tout le conteste; car ces mêmes médicaments s'adressent aussi bien à diverses natures de maladies, en attaquant à leur ma-

nière, sinon par un mécanisme identique, la composition de nos humeurs. N'est-ce pas d'ailleurs ce dernier fait qui leur a valu le terme générique d'altérants? Eux donc aussi n'ont d'autre mode thérapeutique que dans leur primitive action physiologique altérante, qui n'est en résumé qu'une coction factice amenée par contrainte, par une intoxication lente qui décompose nos humeurs.

Nul doute cependant que par cette voie on n'arrive au but, parce que la coction peut n'en être pas moins amenée et produite. Mais, comme dans l'organisme il y a toujours une force réactionnelle qui lutte contre tout ce qui tend à la destruction, il en résulte souvent une annulation de cette thérapeutique médicamenteuse. Ce qui le prouve, c'est que tel malade syphilitique fort et robuste, qui voudra continuer ses habitudes, ses travaux, son même régime alimentaire, n'éprouvera aucune influence heureuse du médicament; tandis que, lorsqu'il sera affaibli par la longueur du mal, par le repos ou par une certaine diététique, l'action médicamenteuse se fera sentir et la maladie se résoudra.

Dans cet état de choses, il y a donc de grands principes, des faits primordiaux intimes, dérivant de la situation organique, qui dominent l'action de nos agents médicinaux. Or, dans ces cas, pourquoi n'y aurait-il pas des données hygiéniques et des régimes diététiques influençant cette même disposition organique, la contraignant au besoin; puisque le plus souvent ce sont ces conditions hygiéniques et alimentaires qui la prédisposent? La chose est si évidente, que tout le monde sait que des maladies syphilitiques qui ont résisté à tous les traitements mercuriels et iodurés cèdent parfaitement à la diète arabique, autrement dite diète sèche.

Mais pour mieux pénétrer dans la question, rappelons un instant certains détails que nous avons donnés dans les articles précédents, et souvenons-nous, partant, qu'il n'y a pas de curation possible sans élimination; que même celle-ci, lorsqu'elle est le fait de la nature, comme dans les maladies aiguës, la syphilis et les dartres qui, attaquées dès le début, ne reparaissent plus, c'est encore une opération d'élimination qui se produit par les seules forces réactionnelles physiologiques. D'autre part, qu'on se souvienne que nous avons remarqué que les sécrétions critiques ne pouvaient survenir sans un état préalable général de la constitution, que nous avons appelé coction, pour ne pas changer l'expression pittoresque des anciens, mais qui n'est en définitive qu'une modification survenue ou amenée dans les facultés absorbantes et exhalantes. Or, de cet état de choses il résulte que la coction est aussi nécessaire aux évacuations critiques que celles-ci le sont à l'élimination. En effet, sans coction préalable, il pourrait bien y avoir des évacua-

tions, mais à coup sûr elles s'effectueraient sans élimination. Je m'explique : si les matériaux des résolutions pathologiques ne sont pas déjà ramenés dans le sang et les humeurs, à quoi pourront servir ces évacuations? à une révulsion peut-être, mais voilà tout!

Avec de tels phénomènes, il reste démontré à la raison que maladies aiguës et maladies chroniques emploient les mêmes voies de résolution et les mêmes issues d'élimination. Seulement, chez les unes, le concours des actions pathologiques y dispose de lui-même et entraîne aussi les conditions les plus aptes et les plus efficaces pour amener la coction ; puisque l'existence de la fièvre, jointe à une inappétence naturelle, commande l'abstinence alimentaire la plus rigoureuse. Or, dans ces états, les humeurs de l'économie sont livrées à leurs propres réactions; et ce sont ces mêmes réactions qui amènent l'amaigrissement, et par suite l'exaltation des facultés absorbantes qui, à leur tour, entretiennent celle des sécrétions. Dans les maladies chroniques, au contraire, la tendance à la coction est nulle ou insignifiante : il faut donc la solliciter, et pour cela, nous l'avons vu, on a eu recours jusqu'ici à divers altérants, comme le mercure, l'iode, l'arsenic. Mais comme ces altérants n'amènent pas toujours la coction ; comme dans certains autres cas, quoique la coction soit survenue, la nature n'a pas été assez puissante ou assez bien disposée pour produire par suite des évacuations, c'est-à-dire l'élimination, il en est résulté que ces remèdes ont été impuissants, s'ils n'ont été aidés eux-mêmes. Or, lorsque ces remèdes ont été incapables de produire les effets altérants nécessaires, la coction en un mot, à quoi s'est-on adressé avec plus d'avantage? Sans contredit, c'est au régime diététique, qui, soit qu'il ait été employé seul, soit qu'il ait été associé aux médicaments altérants, arrive presque à coup sûr au résultat qu'on s'était promis. C'est tellement ainsi, et on le pressent si bien dans la science, que ces faits, quoique formulés nulle part, sont inscrits partout. En effet, Kreysig n'avait pas d'autre but en préconisant des boissons copieuses d'eau pure dans les hypertrophies du cœur ; et ce serait par le même mode d'action que ce moyen aurait réussi entre les mains de Pousteau et de Théden pour le squirrhe et le cancer. Etudiez également le traitement qu'employait Lisfranc pour les maladies de l'utérus, et vous verrez si, après ses efforts de dérivation et de révulsion, il ne ressort pas ces principes d'altération, secondée par le régime et la médication.

C'est donc le régime diététique qui restera l'altérant par excellence, le modificateur le plus certain pour préparer l'organisme à la coction nécessaire à la solution critique ; et pour que cette opinion ne paraisse pas trop hasardée, citons ici quelques paroles de M. Guersant père

dans le Dictionnaire en 21 volumes, etc. Indépendamment des actions altérantes des médicaments, la thérapeutique tire encore un parti très-avantageux de l'application des préceptes de l'hygiène, pour modifier les propriétés des solides et des fluides, et nous trouvons dans le changement de climat, dans de nouvelles habitudes et dans les différentes diètes animale, lactée, végétale, des moyens puissants de changer les humeurs et l'état des solides qui les mettent en mouvement. Les différentes actions altérantes que l'on obtient à l'aide des moyens hygiéniques sont bien plus durables et plus énergiques que celles qu'on peut produire par l'effet toujours borné et instantané d'un médicament, tandis que l'influence de l'air et des aliments est constante et plus étendue.

Malheureusement tous les efforts tentés jusqu'ici à ce sujet ont été plus spéculatifs que pratiques, malgré les faits d'Albertini et de Vasalva, dont le traitement pour les hypertrophies du cœur ne pouvait atteindre au résultat qu'en réalisant les effets des résolutions dont nous parlons. D'ailleurs, toutes les tentatives se sont arrêtées à l'action altérante, confiant le reste aux tendances médicatrices de la nature. Quant à nous, après être arrivé à ce point, nous avons bientôt remarqué que ce n'était pas suffisant, parce que la nature ne se trouvait pas toujours dans les conditions d'en profiter; et nous avons voulu ainsi, selon ses vues, compléter la médication, en sollicitant l'élimination par des sécrétions critiques dont nous parlerons plus particulièrement dans l'article prochain.

Depuis que l'on constate l'heureuse influence du régime diététique dans les maladies organiques; depuis qu'on pressent ses vertus éminemment altérantes, nul doute qu'on n'eût dû l'appliquer plus généralement, si des difficultés sérieuses ne se présentaient pas ici comme partout, ici plus que nulle autre part, pour bien savoir quelle est l'espèce de régime qui peut convenir dans telle ou telle circonstance. Mais la voie qu'on avait prise était encore nécessairement fausse, puisque les mêmes idées qui dirigeaient ici étaient comme celles qui présidaient à l'administration de tous les autres remèdes. On considérait telle diète, comme tel médicament, s'adressant à telle ou telle maladie. Comme tout le monde, nous avons dû tomber primitivement dans ces erreurs; comme tout le monde aussi, n'appréciant pas toute la valeur altérante et résolutive d'un pareil traitement, nous avons dû prendre des demi-mesures; partant, comme chacun, nous avons éprouvé des revers ou obtenu des demi-succès.

Mais la pratique, la réflexion, en nous montrant l'ensemble de l'observation, en nous donnant raison de l'action physiologique intime

de ces diverses diètes, n'ont pas tardé de nous démontrer que chacune arrivant au même but primitif, la résolution de la lésion pathologique, il importait néanmoins de trouver celle qui, chez tel ou tel sujet, y arrivait plus sûrement et plus promptement. C'est ainsi que nous n'avons pas tardé à comprendre que ces diverses diètes, appliquées contre la prédominance constitutionnelle, avaient un effet plus rapide, plus certain, et une action préventive mieux assurée.

L'expérience seule nous a guidé dans ces recherches, et nous a montré qu'un régime diététique arrivait d'autant plus vite à la coction et à la résolution pathologique qu'il était plus sévère, plus uniforme et mieux adapté au tempérament du sujet. Ainsi, aujourd'hui, ce n'est plus d'après telle maladie que nous traçons ce régime, mais selon telle prédominance humorale ou organique.

C'est ainsi que nous avons vu la diète sèche et même lactée exclusives n'amener aucune espèce d'amaigrissement, et partant nulle coction chez des personnes fortes, pléthoriques, sanguines, musculaires et bilieuses, chez lesquelles le régime végétal et surtout des fruits aqueux ou acidules obtenaient rapidement les plus profondes modifications. Dans les tempéraments qui, quoique lymphatiques, ont encore une certaine puissance dans les systèmes sanguin et bilieux, nous avons pu faire les mêmes remarques, et un régime choisi uniquement parmi les végétaux crucifères cuits ou crus, les fruits sucrés, nous a paru plus profondément modificateur que la diète sèche végétale, dite diète arabique. Mais celle-ci réussit particulièrement quand la prédominance lymphatique est bien établie. Alors, dans ces constitutions où la peau est blafarde, le tissu cellulaire boursouflé, où les ganglions sont presque tous tuméfiés, une diète, composée de galettes dures, d'amandes, de noisettes torréfiées, de figues et de raisins secs, amène rapidement l'action altérante, parce qu'elle ne saurait fournir d'éléments à la prédominance aqueuse humorale.

Maintenant, nul doute que pour pousser notre travail jusqu'à la perfection, il ne fallût ici tracer chaque tempérament pour indiquer que tel régime convient à celui-ci et non pas à celui-là. Mais la chose nous entraînerait trop loin et n'en serait pas moins incomplète, comme le prouvent tant de travaux à ce sujet, et notamment ceux de M. le professeur Rostan, qui, tout en approchant le plus du but, n'a pas encore pu l'atteindre, tant les nuances des constitutions sont nombreuses.

Tout ce que nous pouvons donc dire se rattache au langage connu, aux lignes tracées ; ce sera au praticien à saisir les nuances qui en dépendent. Nous nous bornerons donc à dire :

1° Que nous n'avons jamais eu recours à la diète animale dans les

dartres, parce que ces maladies se lient par prédilection à des constitutions fortes, robustes et pléthoriques. Lors même qu'elles s'implantent sur des scrofuleux, ce sont ordinairement, pour ne pas dire toujours, des sujets qui allient, avec une certaine prédominance lymphatique, un développement remarquable des muscles ou du tissu cellulaire. Il y a plus, c'est que toute constitution appauvrie paraît repousser les maladies dartreuses, comme je crois l'avoir déjà dit, et comme le prouve une belle observation de M. Vulfranc Gerdy, dans laquelle on peut remarquer qu'un dartreux vit disparaître sa maladie cutanée tant que dura une hydropisie dont il fut attaqué ; tandis que l'affection primitive reparut lorsque l'accidentelle se fut dissipée.

2° Le régime végétal herbacé, celui des fruits fondants, acidules, employés séparément ou combinés, agissent surtout sur les tempéraments sanguins, musculaires, génitaux et bilieux. Nous les modifions ou nous les combinons suivant la force ou la nuance de chaque constitution, et autant que possible en nous accommodant au goût des malades.

3° Quant à la diète lactée, elle convient principalement aux constitutions nerveuses, impressionnables, sensibles, irritables, aux hommes d'étude, aux femmes peu chargées d'embonpoint ou disposées à l'hystérie. Elle convient aussi dans quelques tempéraments sanguins, musculaires et génitaux ; mais il est important de prévenir que dans tous ces cas elle est moins promptement altérante que la diète frugale sucrée et surtout acidule. Nous avons trouvé des sujets qui n'ont pu maigrir d'une manière sensible qu'après quatre, cinq ou six mois d'une diète exclusivement lactée. Or, comme aucune des diètes dont il est ici question ne peut produire des faits critiques sans amaigrissement ou altération, et qu'en conséquence il ne faut attendre de résultat thérapeutique qu'à cette condition, si pareil phénomène se renouvelait, on pourrait substituer la diète frugale acidule à la diète lactée, comme celle-ci à une autre, suivant l'indication.

Enfin, quelle que soit la diète que le praticien ait choisie pour arriver à la modification constitutionnelle et aux effets physiologico-thérapeutiques qu'il veut déterminer, il est bon qu'il soit averti que chacune de ces diètes est d'autant plus sûrement et promptement altérante, qu'elle se compose de moins d'espèces de substances alimentaires. Ces faits, qui sont tout à fait d'accord avec les expériences de MM. Dumas et Boussingault, avertissent donc, en même temps, qu'il pourrait être dangereux de continuer trop longtemps des régimes trop simplifiés, et que toujours, pour en atténuer les effets sans changer le but thérapeutique, il suffira d'ajouter au régime quelques

substances de nature analogue pour fournir plus de matériaux alibiles. Ces faits, que l'expérience donne pour certains, sont encore exprimés d'une manière bien évidente par la combinaison dans laquelle la nature nous offre nos aliments. C'est ainsi que dans le pain la fécule est unie avec le gluten ; dans la viande l'osmazôme n'est jamais seule, mais combinée avec l'albumine et la gélatine. Ce sont les fruits acides qui contiennent le plus de mucilage.

Enfin, une démonstration complète de tout ce que nous venons d'exposer, et qu'il est très-essentiel de relater ici par l'importance pratique que cette particularité a dans ces applications, c'est que, lorsqu'un régime diététique est tracé, il n'est pas nécessaire d'obliger le malade à ne manger que telle quantité d'aliments. Il peut en prendre autant et aussi souvent qu'il le désire et qu'il en éprouve le besoin, sans pour cela arrêter d'une manière notable l'action altérante diététique. Or, si les considérations que nous avons exposées précédemment n'étaient pas exactes, évidemment cette dernière circonstance n'aurait pas lieu. La rigueur donc d'une diète altérante, telle que nous la présentons, ne consiste pas dans la quantité d'aliments, mais dans la nature et dans la conforme identité de ces derniers. Ceci est d'autant plus précieux que, n'étant pas obligé de peser et de mesurer les aliments ou la boisson, le malade ne ressent jamais les douleurs de la privation. Son estomac ne se révolte pas : aussitôt qu'il demande, il peut être satisfait ; et lorsque, après plusieurs jours d'un même régime, l'inappétence arrive par la satiété qu'éprouvent le goût et peut-être les organes, l'estomac ne souffre pas des douleurs de la faim ; c'est plutôt lui-même qui refuse ou qui demande d'éloigner les repas. Ainsi donc, pour la commodité de la pratique, comme pour les effets thérapeutiques qu'on peut s'en promettre, rien ne peut approcher de cette méthode diététique, qui est à la fois altérante et partant résolutive, critique et aussi éliminatrice, en même temps qu'elle peut devenir modificatrice de la constitution, et alors manifestement préventive. Elle a enfin bien moins d'inconvénients d'application que les diverses diètes par soustraction usitées ordinairement, et qui n'ont pas sa puissance altérante et critique.

Avertissons, maintenant, pour terminer cette partie diététique de notre médication éliminatrice, que, quoique nous ayons recommandé que le régime alimentaire qu'on devra choisir soit adapté au tempérament, ce tempérament lui-même peut éprouver une infinité de modifications qu'il n'est pas indifférent d'observer. C'est ainsi que diverses conditions hygiéniques qui ont agi sur la constitution, certaines maladies qui ont pu altérer nos humeurs, changent pareillement par contre-coup

nos solides. En conséquence, au lieu de l'expression de *tempérament*, peut-être devrons-nous nous en tenir ou entendre par elle une prédominance humorale ou organique actuelle. De cette manière, nous nous renfermerons dans un rigorisme plus essentiellement pratique, puisque, que cet état de l'économie soit inné ou acquis, il ne peut y avoir de fausses idées sur l'indication présente; car l'on se tromperait gravement, comme on est d'ailleurs trop disposé à le faire, d'entendre par le mot de *tempérament* une condition de l'économie liée nécessairement à l'individu, dans toutes les phases de son existence.

Quoi qu'il en soit, lorsque des évacuations critiques arrivent par le fait de la coction, à la suite des diètes que nous venons d'énumérer, c'est plus par une détente, par une sorte d'exhalation facile, que par une stimulation des organes sécréteurs. Travail de sécrétion et d'excrétion, tout est facile et comme naturel; tout s'effectue sans douleur, sans révolution, sans efforts. Les organes voisins ou éloignés, sympathiques ou non, n'en sont ni émus ni pervertis; à moins toutefois que cette crise, s'étant trop fait attendre, ne fasse une trop subite et trop violente irruption.

Il ne nous reste qu'à consigner ici quelques résultats généraux que l'expérience nous a dévoilés relativement à la disposition critique que présente chaque tempérament. Les tempéraments sanguins, musculaires, génitaux, nous ont toujours paru plus spécialement disposés aux évacuations critiques urinaires; les bilieux et les lymphatiques, aux sécrétions intestinales; les nerveux, aux crises diaphorétiques ou urinaires.

D'autre part, chaque fois que nous avons dû pousser assez loin l'action altérante diététique, nous avons pu observer que chacune de ces diètes avait encore un effet propre sur un genre particulier d'organes sécréteurs. Ainsi, la diète végétale et surtout la diète acidule ont été toujours manifestement diurétiques, après avoir été quelquefois purgatives et constamment relâchantes. A l'égard de la diète lactée, il nous serait peut-être difficile d'établir des préférences sur son action diurétique ou purgative. Chez les uns, il n'y a que l'une de ces deux actions qui se manifeste; chez d'autres, elles se succèdent ou alternent. Quant à la diète sèche, son action critique est beaucoup plus douteuse, parce que les phénomènes en sont plus cachés. Cependant, le plus souvent, elle est diaphorétique et plus rarement diurétique. Nous ne l'avons jamais vue purgative.

DAUVERGNE, D. M.,
médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes.)

BIBLIOGRAPHIE.

Programme ou avant-projet d'une organisation de la médecine en France, comportant la création d'un ministère de la santé publique, par le docteur B. Danvin, membre du Conseil d'arrondissement de Saint-Pol, médecin des épidémies, etc.

Études sur le service de santé militaire en France, son passé, son présent, son avenir, par L.-J. Bégin, inspecteur général, membre du Conseil de santé des armées, etc.; 1 vol. in-8°. Paris, 1849, chez M. J.-B. Baillière.

Si nous réunissons dans une commune appréciation deux œuvres aussi distantes par leur date, l'une sortant à peine des presses, tandis que l'autre compte déjà plusieurs années d'existence, c'est qu'elles présentent sous deux aspects différents l'exposé de tous les intérêts collectifs de la grande famille médicale, et qu'elles résument, quoiqu'à des points de vue divers, dans une pensée commune de réforme et d'amélioration, l'expression des besoins et des aspirations du corps médical vers un meilleur avenir. Ecrit sous l'inspiration de cette grande agitation des esprits qui vint se traduire, il y a aujourd'hui quatre ans, en expression générale des vœux et des désirs du corps entier des médecins français, pour échouer ensuite tristement devant la première épreuve parlementaire, le projet de M. Danvin porte l'empreinte de tous les sentiments généreux qui inspirèrent à cette époque les promoteurs de cette imposante manifestation. C'est en quelque sorte comme un écho lointain des discussions vives et animées du Congrès, que nous apparaît aujourd'hui ce livre, où les nombreux *desiderata* de la profession sont exposés avec la condition régulière et méthodique que comporte la méditation du cabinet.

Le plan que propose M. Danvin aurait pour triple objet : de satisfaire les besoins de la science, par l'organisation des institutions scientifiques, de régulariser et compléter le mode d'enseignement, et enfin, de parvenir aux premières nécessités de l'art, par l'organisation de la pratique et de l'exercice public. L'auteur comprend dans cette trilogie tous les grands intérêts des trois corps, médical, vétérinaire et pharmaceutique : l'organisation du service de la science, de l'enseignement, de la médecine pratique. Le premier ordre d'institutions repose sur le principe hiérarchique et sur la répartition des travaux entre un certain nombre d'assemblées savantes, réparties dans toute l'étendue du pays et échelonnées par degré d'importance, de manière à ce que les corps placés au bas de cette échelle hiérarchique recueillent, préparent et

élaborent les matériaux destinés à mettre les corps savants de l'ordre supérieur à même de rechercher la solution des grandes questions et de synthétiser la science. L'enseignement serait réparti entre deux institutions distinctes : une Faculté unique, siégeant à Paris, dispenserait seule le haut enseignement, tandis que des écoles d'un ordre secondaire, siégeant dans les principales villes de France, satisferaient à toutes les nécessités de l'enseignement médical pratique. Deux ordres de médecins, de licenciés et de docteurs correspondraient à ces deux ordres d'institution.

C'est surtout sur la médecine publique que M. Danvin a plus particulièrement fixé son attention. Le soin de la santé des populations, la surveillance de tout ce qui intéresse l'hygiène et la salubrité publique, le concours que la médecine prête à la justice, feraient l'objet d'une vaste organisation administrative. La médecine publique comprendrait : la médecine militaire, la médecine navale, la médecine légale, le service général des hôpitaux, infirmeries, lazarets, bureaux de bienfaisance, dispensaires, crèches, etc., le service de la constatation des naissances et des décès, celui des épidémies, des endémies, de la vaccine, des secours publics aux noyés, asphyxiés, blessés, etc.; la surveillance des eaux minérales, des établissements de bains, la police des industries et des arts insalubres; le service de la pharmacie publique, de la médecine vétérinaire des épizooties, le régime des prisons, enfin les missions médicales et scientifiques. Chacune de ces branches diverses du service médical public est réglementée de manière à ce que tout y soit régulièrement et légalement constitué sous la surveillance et la responsabilité des divers membres de la hiérarchie médicale administrative, que tout relève en un mot de l'autorité, de la direction suprême du pouvoir. A cet effet, l'auteur impose à ce corps ainsi organisé une direction supérieure qui en règle les parties et résume en une autorité unique et centrale tous les pouvoirs hiérarchiques de cette vaste institution, par la création d'un ministère de la santé publique, auquel ressortiraient toutes les parties de l'administration médicale, tant celles qui sont relatives à l'enseignement et aux institutions scientifiques, que celles qui concernent les divers services de la médecine publique.

En résumé, le plan tracé par M. Danvin est un essai d'organisation qui solidarise la science, l'enseignement et l'exercice public et introduit l'élément médical comme partie intégrante de l'économie politique.

Il n'est personne assurément qui, en lisant avec l'attention qu'il mérite le programme de M. Danvin, ne soit frappé à la fois de l'esprit vraiment philanthropique qui a présidé à la conception de ce plan,

et de l'habileté avec laquelle en sont coordonnées toutes les parties; mais ce premier sentiment est bientôt suivi d'un regret, c'est que les difficultés que rencontrerait l'exécution d'un pareil projet sont telles que de longtemps encore il sera probablement relégué au rang des utopies. Les réformateurs, dans leurs plans généreux d'amélioration, oublient trop, en général, que les progrès des institutions de ce genre ne peuvent être réalisés qu'*au pas de l'histoire*, comme l'a dit un homme d'esprit dont le nom nous échappe, et que vouloir marcher plus vite qu'elle c'est compromettre souvent les meilleures idées.

Ce reproche, que nous exprimons avec regret d'ailleurs, nous n'aurons point à l'adresser au livre de M. Bégin. Plus circonscrit dans son objet, plus modeste dans ses prétentions, il ne propose rien qui ne puisse, qui ne doive être réalisé dans un avenir plus ou moins prochain.

On se rappelle avec quelle satisfaction générale fut accueilli le décret du gouvernement provisoire qui semblait devoir fixer enfin la position précaire des officiers de santé militaire et leur assurer, avec l'assimilation des grades, des droits et des prérogatives si longtemps et si injustement contestés. Cependant, après un vote solennel par lequel l'Assemblée nationale entendait adopter tous les principes de ce décret, le Conseil d'Etat, chargé en dernier ressort de décider de son exécution, paraissait disposé, s'il faut en croire les bruits qui ont transpiré, non-seulement à reviser le règlement de manière à le mettre en harmonie avec la législation existante, mais à réformer le décret lui-même qui fait partie de cette législation. De là l'émotion qui s'est produite dans le corps des médecins militaires; de là la publication des *Etudes sur le service de santé militaire.*

L'ouvrage de M. Bégin se compose de trois parties correspondant aux trois grandes phases de l'histoire de la médecine militaire, son passé, son présent et son avenir. Après un coup d'œil sur l'état du service de santé militaire, qu'il n'hésite pas à qualifier de *déplorable pour le présent* et *menaçant pour l'avenir*, M. Bégin recherche les causes d'une situation si *compromettante pour le service de l'armée*, et il signale : « la position essentiellement subordonnée faite au corps des officiers de santé ; la composition insuffisante de ce corps relativement à l'exécution de plusieurs des fonctions qui lui sont attribuées; le nombre trop restreint de grades élevés dans sa hiérarchie ; enfin l'absence d'une assimilation qui détermine le rang que les officiers de santé doivent occuper dans la famille militaire dont ils font partie. » Ce simple énoncé des vices inhérents à l'organisation actuelle du service de santé militaire indique par lui-même la nature des réformes proposées par M. Bégin; elles se résument, pour ce qui concerne la dignité et la sauvegarde des

intérêts du corps, dans l'exécution stricte du décret du 3 mai 1848, et dans l'émancipation des officiers de santé de l'autorité administrative qui les a tenus jusqu'ici sous sa tutelle et dépendance; et pour ce qui a trait au bien du service, dans un ensemble de dispositions propres à assurer aux différentes catégories de ces officiers la juste part d'initiative et d'autorité qui devrait leur appartenir, dans les limites compatibles, toutefois, avec la bonne harmonie qu'ils doivent entretenir avec l'autorité administrative et avec les nécessités du commandement.

Pour qui connaît l'esprit aussi indépendant qu'impartial de M. Bégin et les tendances de son intelligence, il sera aisé de se convaincre qu'il n'y a rien dans les réformes proposées qui ne soit l'expression stricte de l'équité, rien qui ne tende en définitive au bien du service qui fait l'objet de toutes ses préoccupations. Placé, par sa haute position aussi bien que par ses lumières spéciales, au-dessus de tout soupçon de sentiment personnel, M. Bégin avait seul peut-être, parmi tous ses collègues de l'armée, l'autorité et l'indépendance suffisantes pour faire entendre à l'autorité les justes réclamations du corps des officiers de santé. Espérons que ces réclamations seront enfin accueillies, si ce n'est dans l'intérêt même d'un corps aussi respectable et aussi méritant, au moins dans l'intérêt entendu de l'armée; car, ainsi que le dit si justement M. Bégin dans l'épigraphe de son livre, « le degré de perfection du service de santé militaire donne la mesure de l'importance attachée à la conservation du soldat. »

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANGINE CHRONIQUE (*Bons effets de l'emplâtre stibié dans le traitement de l'*). Ce moyen, proposé par M. Schallenburg, est loin d'être nouveau, ainsi que le pense cet auteur. En France, il est grand nombre de praticiens qui, lorsque l'emploi topique du nitrate d'argent aidé de l'administration du calomel à l'intérieur, vient à échouer, n'hésitent pas à recourir à l'application, entre les épaules, d'un emplâtre agglutinatif saupoudré de tartre émétique. Ordinairement, après quarante-huit heures, commence à se manifester l'éruption pustuleuse; et, dès ce moment, on observe, ainsi que le signale M. Schallenburg, une diminution dans les accidents inflammatoires. C'est parce qu'il a eu l'occasion d'en éprouver l'efficacité sur lui-même, que ce médecin appelle sur ce moyen l'attention de ses confrères. (*Chir. viert. Schr.*, et *Ann. de Roulers*, 7e liv., 1849.)

BISMUTH (*Sur l'utilité du tri-nitrate (sous-nitrate?) de) dans la diarrhée qui accompagne la phthisie.* Parmi les complications de la phthisie pulmonaire, la diarrhée est une des plus fréquentes et des plus fâcheuses. Elle aggrave matériellement les souffrances du patient et accélère la fatale issue de cette maladie; et, comme elle n'offre en revanche aucune utile compensation, il y a donc lieu de chercher, dans tous les cas, à la combattre. Les moyens employés communément ne satisfont point à cette indication,

puisque les plus doux échouent, tandis que les plus actifs, et nous citerons l'acétate de plomb en particulier, ne sauraient être employés, pendant un long temps, sans inconvénient. Un agent plus fidèle et dont l'usage ne serait jamais suivi d'accidents, est, suivant M. Thompson, le tri-nitrate de bismuth. Ce médecin administre ce médicament à la dose de 25 centigrammes combinés avec 15 centigrammes de poudre de gomme arabique et 10 centigrammes de magnésie. Cette dose est répétée toutes les quatre heures. On peut augmenter sans crainte la quantité de bismuth, comme on peut réussir avec des doses moindres; M. Thompson considère la dose de 20 à 25 centigrammes comme la mieux appropriée à l'indication.

Beaucoup de praticiens se demanderont quel est ce nouveau sel de bismuth; tous connaissent le sous-nitrate et y ont eu recours, mais il n'en est pas de même du tri-nitrate. Qu'ils se rassurent! leur ignorance est partagée par un grand nombre, et les chimistes et les pharmaciens les plus instruits, que nous avons interrogés à cet égard, nous ont avoué ne connaître d'autre sel que le sous-nitrate, auquel nous avons recours chaque jour.

Probablement il y a quelque erreur dans le titre de la note du médecin de l'hôpital des phthisiques de Londres, et les considérations historiques qui terminent son travail nous prouvent qu'il ne peut être question que du sous-nitrate que tous les praticiens français connaissent. « Le nitrate de bismuth a été, si je ne me trompe, dit M. Thompson, introduit pour la première fois dans la pratique, il y a une cinquantaine d'années, par Odier et de La Roche de Genève, qui pensaient que ce sel exerçait une action sédative sur les nerfs de l'estomac. Les observations de ces médecins furent confirmées par Baumès, Méglin, Laënnec, Guersant, et d'autres en France, et par Gumprecht, Reil, Kopp et Schimptmann, en Allemagne. Mais, nonobstant les recommandations de Bardslen et de Clarke, il s'écoula un temps considérable avant que son utilité, dans cette affection, fût appréciée en Angleterre. »

M. Thompson rappelle, en outre, qu'en 1831, le docteur Léo, de Varsovie, a employé ce médicament contre la diarrhée et les vomissements dans le choléra. C'est cette médication que M. Monneret a cherché à remettre en crédit, au début de l'épidémie qui nous quitte; et nous craignons que les insuccès qui ont suivi l'emploi du sous-nitrate de bismuth, comme de tant d'autres substances, n'aient fait passer légèrement sur la valeur thérapeutique peu contestable de ce sel dans les cas de diarrhée chronique, que le Mémoire de M. Monneret avait principalement pour but de mettre en relief.

M. Thompson regrette, en terminant sa note, de ne pouvoir déterminer quelques-unes des conditions qui indiquent l'emploi du bismuth, mais il assure que ses essais l'ont convaincu que la diarrhée qui accompagne la phthisie est la forme à laquelle le bismuth est spécialement applicable.

Nous ajouterons cependant, et notre expérience date déjà de loin pour l'emploi de ce médicament dans la diarrhée colliquative des phthisiques, que, toutes les fois qu'un malade présente un pouls fébrile, le sous-nitrate de bismuth fait défaut. Dans ce cas, il y a probablement déjà des ulcérations dans les intestins. Du reste, comme rien n'égale l'innocuité de cette substance, nous pouvons sans crainte provoquer à de nouveaux essais. (*Medico-chirurg. Transactions.*)

CAUSTIQUE (*De l'acide azotique monohydraté employé comme*). Ce nouveau caustique, proposé par M. Rivallier, est une sorte de combinaison de charpie ou d'ouate de coton et d'acide azotique *monohydraté*. Lorsqu'on imbibe de ce liquide une boulette de charpie ou d'ouate, celle-ci se dissout en partie dans l'acide, forme une sorte de gelée fort analogue au *collodion*. C'est cette espèce de gelée qui constitue, suivant ce médecin, un excellent caustique, qui aurait sur le caustique de Vienne les avantages suivants: 1° il est plus facile de limiter exactement son action, surtout lorsqu'on l'applique sur des surfaces inclinées; car il ne se liquéfie pas comme la potasse qui, une fois qu'elle a absorbé l'eau des tissus, tend à s'écouler sur les parties déclives; 2° il produit des escarres plus profondes et en moins de temps; 3° enfin, et cet avantage explique en partie le précédent, ces escarres sont

molles et gélatineuses, ce qui fait qu'elles ne s'opposent point ou du moins qu'elles ne font qu'un léger obstacle à l'action du caustique sur les tissus placés au-dessous d'elles. La mollesse des escarres permet d'enlever celles-ci avec une spatule dès qu'elles sont produites, et on peut ainsi, dès le principe, porter la cautérisation exactement jusqu'au point que l'on désire, sans être obligé d'attendre la chute toujours longue des escarres. (*Journal de chimie médicale*, novembre 1849.)

CHLOROFORME (*Cessation presque immédiate des douleurs qui accompagnent la colique saturnine par le*) *administré en potion.* Chaque jour le champ d'application du chloroforme s'élargit, et nul doute qu'il ne réalise la prédiction que nous en avons faite, de constituer un des agents les plus précieux de la matière médicale. M. le docteur Blanchet, de Tours, médecin d'une fabrique de couleurs à base de plomb, vient de l'expérimenter dans la colique saturnine, et les bons effets qu'il en a retirés méritent d'être signalés à l'attention des praticiens. Voici le fait. Un homme âgé de quarante-cinq ans, employé depuis treize ans aux travaux de l'usine de Portillon, avait été affecté plusieurs fois de la colique saturnine, lorsqu'en mai dernier il en fut atteint de nouveau d'une manière assez violente.

Nous laissons M. Blanchet décrire l'état du malade : « A mon arrivée, cet homme, couché en travers de son lit, se serre le ventre pour chercher à calmer ses douleurs ; elles sont tellement fortes, qu'il ne peut rester en place ; il s'agite, marche, se fléchit pour se soulager, mais en vain : il est constipé depuis deux jours, et a eu quelques vomissements verdâtres, amers ; le pouls est lent et dur, le ventre est rétracté, déprimé, la langue légèrement enduite au centre et rosée sur les bords : le bord des gencives présente la coloration ardoisée, signe pathognomonique de l'intoxication saturnine ; la portion des dents correspondante est légèrement brunâtre. Le diagnostic ne saurait être douteux. Je prescris 8 gouttes de chloroforme dans une potion de 120 gram. d'eau de tilleul et de sirop de fleurs d'oranger, à prendre par cuillerées toutes les demi-heures, jusqu'à effet calmant ; puis, d'heure en heure, je prescris en outre, conditionnellement, un lavement avec 4 grammes d'éther. Après la seconde cuillerée, le malade ressent un tel soulagement, qu'il ne veut plus prendre sa potion que d'heure en heure ; après la quatrième, il ne lui reste que le souvenir d'avoir horriblement souffert. La potion est continuée néanmoins; quelques bouillons sont donnés dans la soirée, et la nuit est excellente; le lavement n'est pas préparé. Ne pouvant croire à une guérison complète, je prescris la même potion le lendemain ; mais le malade est tellement bien qu'il néglige de la prendre ; le troisième jour, il lui en reste la moitié. 30 grammes d'huile de ricin sont administrés pour prévenir une récidive, et, le quatrième jour, 30 grammes de sulfate de soude complètent le traitement. » Dans un autre cas de colique saturnine, mais d'une moindre intensité, les douleurs furent considérablement diminuées après l'administration d'une première cuillerée d'une potion contenant la même quantité de chloroforme, et elles avaient complétement disparu deux heures après. (*Journal de chimie médicale*, novembre 1849.)

CHOLÉRA (*Nouvelles remarques sur le traitement du*) *par la médication évacuante.* Nous le disions dans un de nos derniers numéros : tant que l'on n'aura pas trouvé le véritable traitement du choléra, en supposant qu'il en existe un spécial à cette maladie, nous ne cesserons de mettre sous les yeux de nos lecteurs les résultats des traitements qui auront paru les plus favorables. Nous avons parlé, à diverses reprises, de la médication évacuante ; nous avons montré que pendant l'épidémie, non-seulement on pouvait combattre avec avantage les véritables accidents cholériques par cette médication, mais encore qu'il y avait grande importance à traiter de même les affections bilieuses si communes pendant sa durée. Le travail que vient de publier M. le docteur Laloy, de Belleville, vient pleinement à l'appui des opinions que nous avons défendues, et, à ce titre, nous pensons que nos lecteurs ne seront pas fâchés d'en trouver ici les résultats.

Partant de ce point que les principaux symptômes du choléra sont tout à fait sous la dépendance de la

sécrétion intestinale, qu'ils ne sont susceptibles de s'améliorer, que la réaction, en un mot, ne peut s'opérer que lorsque cette sécrétion a elle-même diminué d'intensité, et qu'un mieux réel ne se prononce qu'à partir du moment où à cette diminution s'est joint un changement dans la nature des matières sécrétées, où elles ont commencé à reprendre le caractère bilieux, M. Laloy est arrivé à penser que, par l'emploi des évacuants, on diminuerait et modifierait le plus promptement possible cette sécrétion morbide, en même temps qu'on débarrasserait le tube digestif des matières viciées qui le remplissent, et que les évacuants faciliteraient la réaction par leurs propriétés diaphorétiques. L'événement est venu justifier ses prévisions.

Un mot d'abord sur la manière dont M. Laloy prescrivait les évacuants. Si, appelé près d'un cholérique, il ne trouvait pas la prostration trop profonde; si le pouls était encore sensible aux radiales; si, en un mot, la période algide n'était pas parvenue à son summum, il prescrivait immédiatement un vomitif, puis il favorisait ensuite la réaction par les agents caléfacteurs externes, les boissons chaudes et même les stimulants diffusibles. Après quelques heures, nouvelle administration d'un vomitif; puis, un peu plus tard, quand les vomissements avaient à peu près complétement cessé, on passait à l'eau de Sedlitz. Quand au contraire la prostration était trop profonde, le pouls insensible aux radiales, la respiration très-anxieuse, le refroidissement très-prononcé, M. Laloy faisait précéder les vomitifs par tous les moyens de nature à enrayer la période algide et à amener un commencement de réaction (surtout l'opium à haute dose associé aux stimulants). La réaction obtenue en partie, on administrait immédiatement un vomitif. Telle est en substance la ligne de conduite que ce médecin avait adoptée chez quelques malades dont la prostration était si profonde qu'il n'osa pas leur administrer un vomitif avant d'avoir provoqué un commencement de réaction.

L'ipécacuanha en sirop et en poudre mélangés, vomitif auquel il donne la préférence, d'abord à cause de ses propriétés diaphorétiques, ensuite parce qu'il fait vomir abondamment sans occasionner de trop violentes contractions de l'estomac, déterminait d'abord d'abondants vomissements; mais bientôt ces vomissements devenaient moins fréquents; une partie du vomitif passait dans l'intestin et produisait un effet purgatif, après lequel on voyait souvent aussi les selles devenir moins fréquentes. Les matières rejetées par le premier vomitif conservaient leur aspect blanchâtre caractéristique, dans le plus grand nombre des cas; mais le second, quand il était nécessaire d'y avoir recours, amenait presque toujours des matières un peu modifiées, transparentes et même bilieuses. Rarement les vomissements persistaient d'une manière un peu intense après le second vomitif; ou ils cessaient complétement, ou ce n'étaient plus que queques efforts de vomissements revenant à plus ou moins longs intervalles et n'amenant qu'une très-petite quantité de liquide. C'est alors que M. L. passait à l'usage de l'eau de Sedlitz, sous l'influence de laquelle les selles devenaient à leur tour moins fréquentes et reprenaient bientôt les caractères des matières bilieuses et stercorales.

A la suite du premier vomitif, on voyait presque constamment survenir un commencement de réaction, ou cette réaction se prononcer davantage, si déjà elle avait commencé; la peau se réchauffait et se recouvrait d'une transpiration plus ou moins abondante. Il était très-utile de favoriser ce mouvement fluxionnaire vers la périphérie par les agents caléfacteurs externes, les boissons chaudes et même les stimulants diffusibles. En même temps que se produisait la réaction, les crampes, ce phénomène si douloureux du choléra, diminuaient beaucoup d'intensité et cessaient souvent après le second vomitif, quand elles avaient persisté jusque-là.

Enfin, quand les symptômes typhoïdes succédaient aux symptômes cholériques, M. Laloy persistait dans l'administration de l'eau de Sedlitz qu'il répétait un plus ou moins grand nombre de fois, selon la persistance des accidents.

Nous avons cru utile d'exposer avec détails cette médication, parce que c'est en s'y conformant strictement que les praticiens pourront en obtenir de bons effets, et parce que

médication évacuante est une des méthodes thérapeutiques qui comptent jusqu'ici le plus de succès dans le choléra. Au reste, nous devons ajouter, et cela résulte de l'aveu de M. Laloy, comme de ce que nous avons vu nous-même, que chez les enfants et chez les vieillards, il n'y a pas grand'chose à attendre des évacuants, si le choléra s'est déclaré avec une grande intensité. (*Archives de médecine*, octobre 1849.)

CROUP (*Traitement du*) *par le calomel et l'alun.* Nous avons fait connaître, il y a quelque temps, les bons effets qu'un médecin américain, M Beck, a obtenus, de l'emploi de l'alun dans le traitement du croup. Dans un intéressant travail qu'il vient de publier sur la diphtérite, M. Miquel (d'Amboise) appelle l'attention sur un traitement complexe, comprenant l'emploi simultané du calomel et de l'alun. Ce fut dans des circonstances tout à fait exceptionnelles que M. Miquel eut recours, pour la première fois, à cette médication. Appelé auprès d'une petite fille de sept ans, délicate, et dont la mère avait refusé obstinément la trachéotomie, il lui fit prendre alternativement 10 centigram. de calomel et 15 centigrammes d'alun. Il donna ainsi, toutes les deux heures, un paquet de l'une et de l'autre de ces poudres ; elles furent continuées pendant sept jours. Il joignit à cela des applications de nitrate d'argent dissous sur les amygdales et dans le pharynx. Cette médication ne fut pas purgative. Dès le soir du deuxième jour, l'isthme du gosier commença à se nettoyer. Vers le quatrième jour, il fallut renoncer au calomel, que la petite malade avait préféré d'abord à l'alun, et dès ce moment, les paquets furent donnés un peu moins régulièrement. A la fin du cinquième jour, la toux devint catarrhale, la voix et la respiration meilleures, et la malade ne tarda pas à entrer en convalescence. Depuis ce succès, qui remonte à plus de douze ans, M. Miquel n'a pas soigné moins de vingt-six personnes atteintes de croup bien caractérisé, avec envahissement des voies aériennes par la diphtérite, et dont vingt cas, au moins, ont été suivis de guérison. En résumé, le traitement proposé par M. Miquel se compose de l'administration alternative, toutes les heures et demie ou toutes les deux heures, de paquets de 10 centigrammes de calomel et de 15 centigramm. d'alun. Cette administration est faite régulièrement pendant six, sept ou huit jours. Sous l'influence de cette médication, la toux perd son caractère, les fausses membranes, qui tapissent les tonsilles, disparaissent en partie, et sont remplacées par une matière diffluente. Le gonflement des gencives et l'haleine mercurielle, lorsqu'ils se montrent, ce qui a lieu quelquefois, peuvent être considérés comme des signes favorables; ils annoncent le terme de la diphtérite; du reste, comme on le comprend aisément, cette intoxication hydrargyrique est toujours plus lente à venir quand il y a diarrhée au début du traitement, que lorsque le calomel ne purge pas. Ajoutons que cette intoxication a été toujours sans danger, et n'est jamais arrivée jusqu'à la véritable salivation.

LITHOTRITIE *dans les cas de calculs vésicaux coexistant avec un rétrécissement de l'urètre et une fistule périnéale par les voies accidentelles.* Ce qu'il y a peut-être de plus rare en chirurgie comme en médecine, ce sont les cas simples, se prêtant à une indication unique et constante, tels, en un mot, qu'ils sont prévus et décrits comme types dans les traités classiques. La plupart du temps des complications imprévues viennent changer les indications et substituer, à la certitude des préceptes de l'art, l'indécision et les inspirations du praticien. Aussi ne saurait-on trop apprécier les recherches qui ont pour but de ramener celles de ces complications qui, par leur fréquence et leur gravité, peuvent être plus particulièrement prévues, à des règles fixes et à une pratique régulière. Tel est le but que s'est proposé M. le professeur Bouisson pour l'une des complications les plus graves de l'affection calculeuse, savoir, l'existence simultanée de coarctations et de fistules de l'urètre avec des calculs vésicaux. Lorsqu'un rétrécissement de l'urètre coexiste avec la présence d'un calcul dans la vessie, la détermination du chirurgien devient difficile, car il ne s'agit de rien moins que d'opter entre la cystotomie, dont, avec raison, on s'efforce de restreindre le plus possible la limite, et la lithotritie après dilatation préalable du canal, ce qui, indépendamment de la perte

nsidérable de temps, rend le traitement extrêmement laborieux, et résultat définitif infiniment plus nanceux. Il n'y a cependant pas d'autre alternative dans ce cas. Mais n'en est plus de même lorsqu'à cette première complication s'en joint une seconde, qui en est assez fréquemment la conséquence, une fistule périnéale. C'est alors le cas de rappeler avec M. Bouisson cet adage vulgaire : A quelque chose malheur est bon; car ce qui semblait au premier abord constituer un accident des plus fâcheux peut être en quelque sorte transformé, par la sagacité du chirurgien, en une disposition éventuellement favorable. S'étant en effet trouvé plusieurs fois en présence de cette circonstance, notamment dans un cas de formation d'un nouveau calcul à la suite d'une opération de taille qui avait en pour conséquence un double rétrécissement de l'urètre avec fistule périnéale, M. Bouisson eut l'heureuse idée d'utiliser ce dernier accident. Renversant l'ordre des indications généralement admis jusqu'ici en pareil cas, il a imaginé de recourir à un moyen qui tient de la lithotritie par son mécanisme et son innocuité et de la taille par le choix du lieu pour attaquer le calcul. Ce moyen, c'est la lithotritie pratiquée par la fistule périnéale. Voici les préceptes qu'émet à cet égard M. Bouisson, et les avantages qu'il attribue à ce procédé mixte dont, dans deux cas, il a retiré des résultats complètement satisfaisants.

Si la fistule est large et directe, elle se prête à un broiement aussi facile que prompt, avec les instruments ordinaires. La longueur de leur tige peut être réduite, afin de donner plus de solidité au lithotriteur, et de permettre plus de précision dans la manœuvre. Si la fistule est étroite, on la dilate promptement, ce qui peut être obtenu d'un jour à l'autre, soit au moyen de l'éponge préparée ou de bougies d'un calibre gradué, fréquemment renouvelées. Si le trajet fistuleux est oblique, on peut le ramener à la direction désirée par une incision qui n'intéresse que les parties superficielles, ou par une contre-ouverture convenable. S'il existe plusieurs fistules, on choisit celle qui rend le calcul le plus sûrement accessible. Des injections émollientes sont portées dans la vessie, le lithotriteur est introduit, le calcul recherché, saisi, et broyé d'après les règles ordinaires. Quant aux fragments, s'ils ne sont pas facilement expulsés par les contractions vésicales, on peut aller directement rechercher avec des pinces ceux dont le volume n'est pas trop considérable, et abréger ainsi la durée totale de l'opération. — L'action exercée sur les fistules du périnée, pour pratiquer la lithotritie et extraire les fragments des calculs vésicaux, n'augmente pas les chances d'incurabilité de ces conduits accidentels; elle ne les rend ni plus rebelles, ni plus pénibles pour le malade. Lorsque les effets de la dilatation nécessaire pour faciliter les manœuvres de lithotritie sont obtenus, les parois de ces trajets accidentels reviennent sur elles-mêmes et récupèrent leur premier état. Le rétrécissement de l'urètre, qui coexiste avec le calcul et la fistule urinaire, est plus avantageusement combattu, après avoir préalablement débarrassé la vessie du corps étranger qui l'irritait, que pendant l'existence du calcul. La dilatation graduelle que l'on exerce sur le canal de l'urètre est mieux supportée. La partie de la sonde qui est admise dans la vessie n'y occasionne pas le surcroît de douleur qu'elle aurait produit, si la pierre eût en même temps été renfermée dans ce viscère. Enfin, il y a bien moins de chances pour le développement des divers accidents qui peuvent forcer le chirurgien à suspendre ou à différer l'emploi de ces moyens. (*Gazette médicale*, octobre 1849.)

NÆVUS MATERNUS (*Bons effets des applications de teinture d'iode dans le traitement du*). On ferait une longue énumération des procédés divers et des méthodes plus ou moins variées mis en usage dans le traitement du nævus. La ligature souscutanée, l'excision et la cautérisation sont restées les méthodes les plus générales; mais dans les cas où les nævi ont une base très-large, ces opérations sont loin d'être sans danger, et il n'est pas un chirurgien qui, au moment de pratiquer une opération de ce genre, n'ait souhaité que la thérapeutique trouvât, dans des applications extérieures, le moyen de faire disparaître ces tumeurs sanguines. Si l'on en croit M. Bul-

teel (de Plymouth), la teinture d'iode posséderait cette précieuse propriété. C'est le hasard qui l'a mis sur le chemin de cette précieuse découverte : s'étant très-bien trouvé d'applications extérieures de la solution d'iode dans diverses maladies, il voulut en essayer dans les nævi, et pour cela il choisit un jeune enfant qui portait une de ces tumeurs érectiles. Chaque jour il faisait appliquer sur la tumeur une compresse imprégnée de teinture d'iode composée, de la Pharmacopée anglaise. Au bout de trois mois, il y avait une diminution sensible ; mais la tumeur paraissant rester stationnaire, il supposa que la solution n'était peut-être pas assez concentrée, et il fit employer une teinture alcoolique renfermant 1,20 gr. d'iode pour 15 gr. d'alcool rectifié. A partir de ce moment, la tumeur reprit sa marche décroissante et peu à peu elle disparut, au point qu'elle ne laissa plus que deux petites taches comme des pointes d'épingle. En un mot, l'application de la teinture d'iode non-seulement suspendit la croissance du nævus, mais encore le fit disparaître entièrement.—Nous nous demandons si, par hasard, l'auteur de cette observation n'aurait pas attribué à l'influence des applications d'iode la disparition de la tumeur érectile qui a lieu quelquefois spontanément et en dehors de tout traitement. Au reste, nous ne saurions trop engager nos lecteurs à essayer ces applications avant de recourir à un traitement actif et énergique. (*London med. Gaz.*)

NOIX VOMIQUE (*Remarques sur la préparation de la*). La poudre de noix vomique, telle qu'elle se trouve dans le commerce, possède une puissance d'action qui est loin d'être toujours égale; de là les opinions si diverses des praticiens sur la valeur thérapeutique de cette substance. On évitera cet inconvénient, dit M. Haaxman, en préparant cette poudre de la manière suivante : « Il faut s'attacher avant tout, quand on veut pulvériser la semence du *strychnos nux vomica*, à la débarrasser de son enveloppe extérieure. Celle-ci, d'apparence cotonneuse, se trouve surtout, d'après les investigations de cet auteur, dans les premiers produits de la pulvérisation ; c'est cette espèce de duvet qui rend la poudre de noix vomique moins active et lui donne la couleur grisâtre qu'on lui reconnaît; tandis que la poudre grossière qui reste sur le tamis et qui est la seule qui convienne, se trouve privée de cette substance nuisible et donne, lorsqu'on la soumet à une seconde pulvérisation, une poudre d'une couleur jaune pâle et bien autrement énergique que la première. Dans le but de débarrasser les noix vomiques de cette enveloppe cotonneuse, adhérente, voici comment on procède. On soumet pendant quelques instants la noix vomique à l'action dissolvante de l'eau chaude, dans le but de la ramollir; on enlève alors avec la pointe d'un couteau l'enveloppe en question, qui se détache pour ainsi dire d'elle-même. La noix, ainsi ramollie, doit être coupée menu, au moyen d'un coupe-racine ordinaire, puis séchée à l'étuve et enfin réduite en poudre. La poudre ainsi obtenue est homogène à différentes époques de la pulvérisation ; elle est d'un blanc jaunâtre.» (*Nieuwe Boerhaave*, et *Ann. de Roulers*, 7e *livraison*, 1849.)

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE (*Bons effets des applications locales de teinture d'iode dans le traitement du*). Grâce aux progrès qu'a faits dans ces dernières années l'histoire des maladies des os et des articulations, on a acquis la certitude que, dans un très-grand nombre de cas, les lésions organiques profondes et variées, désignées communément sous le nom de tumeurs blanches, reconnaissent pour point de départ un rhumatisme articulaire chronique, qui a persisté et s'est prolongé dans une articulation, soit que cette articulation fût la seule prise au début, soit que l'inflammation se fût concentrée sur elle. Dès lors on a dû s'attacher à combattre de bonne heure les affections articulaires chroniques, avant surtout qu'elles eussent produit des désordres profonds dans l'articulation. Parmi les moyens dirigés contre les maladies articulaires, l'iode est peut-être un de ceux dont on a obtenu le plus d'avantages dans les arthrites scrofuleuses. L'on s'étonne de ne trouver nulle part l'emploi de l'iode conseillé dans le véritable rhumatisme chronique indépendant de toute diathèse scrofuleuse, dans le rhumatisme chronique non encore parvenu à l'état de tumeur blanche.

MM. Held et Gros viennent d'appeler l'attention des praticiens sur les bons effets qu'on peut attendre de la teinture alcoolique d'iode en applications locales sur l'articulation malade, à toutes les périodes du rhumatisme chronique, dès qu'il y a altération des tissus. La teinture d'iode dont ils ont fait usage diffère un peu de celle du Codex ; elle contient une partie d'iode pour dix parties d'alcool à 33°; elle est donc un peu plus concentrée que celle du Codex. Les deux auteurs que nous venons de citer ont fait connaître plusieurs observations. L'une d'elles, et la plus remarquable de toutes, est relative à un homme de vingt huit ans, qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire généralisé, passé à l'état chronique et qui guérit fort lentement, avait conservé des douleurs dans les articulations des genoux, des hanches et des pieds, douleurs accompagnées de gonflement des articulations des pieds, qui se reproduisaient à de courts intervalles, et qui avaient nécessité l'envoi de cet homme aux eaux de Bourbonne. Lorsque le malade fit appeler M. Held, au mois d'avril 1847, l'articulation du genou gauche était le siége d'un épanchement considérable ; le genou droit offrait une augmentation de volume due au gonflement des extrémités articulaires des os et de leurs cartilages, et à l'engorgement des parties fibreuses entourant l'articulation. Les articulations tibio-tarsiennes et coxo-fémorales des deux côtés étaient très-douloureuses. Les orteils étaient rétractés dans une extension forcée. L'état des extrémités supérieures n'était pas meilleur ; les mouvements de l'articulation scapulo-humérale droite étaient impossibles ; les poignets offraient un mélange d'hydarthrose et de gonflement fibreux articulaire. Les coudes étaient assez déliés. Dans le bras gauche, le malade éprouvait des fourmillements dont il rapportait l'origine à un ancien coup de sang. La locomotion sans béquilles était impossible ; le moindre mouvement d'un membre, en partie ou en totalité, occasionnait des douleurs très-vives et persistantes. Les urines avaient une teinte rouge foncé sans sédiment ; sommeil rare ; excitation fébrile vers le soir. Le malade fut soumis à l'emploi de ventouses scarifiées, et des purgatifs tous les deux jours (calomel 1.50 par jour en six doses). Sous l'influence de ce traitement, les douleurs disparurent promptement ainsi que la fièvre ; mais les lésions anatomiques des articulations subsistèrent. Le 20 août, on commença les applications de teinture d'iode sur les articulations tibio-tarsiennes et celles des deux genoux ; puis, chaque jour, on l'appliqua sur une nouvelle articulation, jusqu'à ce que toutes les articulations fussent ainsi soumises à l'action du médicament. A l'intérieur, on prescrivit l'iodure de potassium, à la dose de 0,50 grammes au début, et en augmentant chaque jour, jusqu'à 3 grammes. L'amélioration du gonflement fut prompte, et se montra d'abord vers les articulations qui avaient été soumises les premières à l'action de l'iode ; l'hydarthrose du genou gauche se dissipa promptement. Vers le 15 septembre, cette articulation avait repris son volume et sa forme normales. L'amélioration fut également notable dans toutes les autres articulations. Ce malade eut encore des rechutes avec fièvre, le 20 septembre et le 10 novembre, toujours avec l'apparition de l'écoulement urétral ; ce qui avait eu lieu dans les précédentes attaques. On fut obligé de revenir aux émissions sanguines, de faire des frictions stibiées sur les articulations les plus malades.

Mais aussitôt que l'état aigu eut disparu, et comme les articulations du genou, des cous-de-pieds, des orteils et des épaules étaient de nouveau gonflées et douloureuses, on reprit l'iodure de potassium à l'intérieur et les applications de la teinture d'iode sur toutes les articulations malades. Le gonflement articulaire diminua rapidement ; la locomotion devint possible sans béquilles ; et le 15 février suivant, les articulations étaient complétement indolores : la marche ne causait plus de douleurs dans le pied ; les craquements, qui s'entendaient dans toutes les articulations, ne subsistaient plus qu'aux articulations des orteils, dont la rétraction avait d'ailleurs disparu. Le rétablissement était complet. De même, dans un cas de rhumatisme articulaire aigu, qui avait laissé un gonflement considérable des genoux et des articulations tibio-tarsiennes, surtout du genou droit, avec douleur vive, l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur, et les applications de teinture d'iode faites

pendant quinze jours, sans interruption, ont fait cesser toutes les douleurs et tout gonflement; il restait seulement un peu de gêne dans le mouvement, que le massage fit disparaître en peu de jours. En résumé, l'action locale de la teinture d'iode a une grande analogie avec celle des vésicatoires, des frictions stibiées, de la pommade au nitrate d'argent. Elle agit sur plusieurs éléments de l'affection articulaire; elle calme promptement les douleurs; elle hâte la résorption des fluides épanchés dans l'articulation ou infiltrés dans les tissus voisins. Ces applications ont encore un avantage, c'est de ne provoquer aucune douleur, même momentanée. Quand la peau est saine, comme il arrive dans les rhumatismes, on n'éprouve de l'application du remède que des démangeaisons peu vives, une légère chaleur dans les parties soumises à l'application du médicament. Ce sentiment dure peu, et toute douleur cesse. Les premières applications amènent quelquefois de la tension dans les téguments, qui incommode momentanément les malades; la peau devient jaune, puis brune, puis presque noire. Elle se ride, se plisse, se tanne et tombe en écailles plus ou moins étendues, plus ou moins épaisses. Dans quelques cas, chez des personnes qui ont la peau fine et délicate, chez les femmes, on voit la teinture d'iode produire des phlyctènes semblables à celles des vésicatoires. Jamais son emploi n'amène d'inflammation vive de la peau, ni d'érysipèle. Il est utile d'enlever les écailles, qui se forment ordinairement, dès qu'on peut le faire sans occasionner des douleurs. On augmente ainsi l'action du médicament, qui deviendrait nulle sur ces écailles imperméables. Le mode d'application de la teinture d'iode est des plus simples et des plus faciles à exécuter : on imbibe de cette teinture une compresse longuette; on l'enroule autour de l'articulation malade; puis on la fixe par quelques tours de bande. Le pansement doit, en général, être renouvelé matin et soir. Cependant, sur les peaux fines et délicates, ou quand il se produit des phlyctènes, ce qui est très-rare, on peut éloigner les applications, ou étendre la teinture avec plus ou moins d'eau. Cette précaution est utile aussi quand il y a des solutions de continuité de la peau, ou quand, après avoir enlevé les premières écailles, l'épiderme au-dessous est très-mince et très-sensible. (*Thèses de Strasbourg.*)

SANGSUES MALADES (*Traitement des*). Parmi les diverses maladies qui peuvent affecter ces annélides, celle désignée sous le nom d'*articulaire* est une des plus fréquentes. Voici un moyen de traitement très-simple, indiqué par M. Richter : on prend un vase contenant 300 à 400 grammes d'eau, que l'on acidule avec 5 à 6 gouttes d'acide sulfurique, et l'on y laisse séjourner les sangsues malades pendant douze heures. — Pendant cette immersion, les sangsues dégorgent beaucoup de matière muqueuse; trois jours après, ou répète l'emploi de ce moyen, et la plupart d'entre elles sont redevenues parfaitement saines. (*Buchner's Repert.*, et *Journ. de pharmac.*, octob. 1849.)

STRYCHNINE (*Recherches sur le mode d'action de la*). Malgré certains faits cliniques qui tendent à prouver que la strychnine agit sur la moelle épinière, et non sur les nerfs de la sensibilité comme l'ont prétendu Stannius et quelques autres physiologistes, cette proposition est loin d'être encore mise hors de doute; à ce titre, nous devons mentionner la communication suivante de M. Brown-Sequard, qui s'occupe avec tant de persévérance de déterminer le mode d'action des médicaments sur les diverses parties du système nerveux. « Si l'on opère la ligature de l'aorte un peu avant sa bifurcation terminale chez une grenouille, de façon à ce que les membres postérieurs ne reçoivent plus de sang, et qu'on empoisonne ensuite l'animal en introduisant de la strychnine dans son tube digestif, on ne tarde pas à voir les phénomènes ordinaires de cet empoisonnement dans les quatre membres. Si, au contraire, on empoisonne de la même manière une grenouille chez laquelle, après avoir coupé la moelle épinière à l'origine des bras, on a coupé aussi toutes les artères qui vont de l'aorte au rachis, on ne voit pas survenir les phénomènes de l'empoisonnement dans le train postérieur, bien que l'action réflexe y dure une demi-heure ou un peu plus en été et environ deux heures en hiver. Dans la

première expérience, les nerfs sensibles des membres postérieurs ne reçoivent pas de strychnine, taudis que la moelle en reçoit; nous voyons pourtant les phénomènes tétaniques avoir lieu dans les membres postérieurs. Dans la seconde expérience, la portion de la moelle épinière ne reçoit pas de strychnine, tandis que les nerfs de sensibilité des membres postérieurs en reçoivent, et pourtant les phénomènes tétaniques ne s'y montrent pas. Il y a donc lieu de conclure que c'est plutôt sur la moelle épinière que sur les nerfs de la sensibilité qu'agit la strychnine. (*Compte-rendu de la Société de Biologie.*)

TÉTANOS TRAUMATIQUE (*Sulfate de quinine à haute dose employé avec succès dans le*). A mesure que l'on a étudié davantage l'action thérapeutique du sulfate de quinine à haute dose, les applications de ce médicament sont devenues plus larges et plus nombreuses, et ses propriétés contro-stimulantes ont été appliquées à un plus grand nombre d'affections. Personne n'avait cependant songé à employer le sulfate de quinine à haute dose dans le tétanos traumatique, quoique cette maladie porte principalement sur le système nerveux et que tout le monde connaisse l'action éminemment sédative du sulfate de quinine à haute dose sur ce système. Le fait suivant, observé par M. Bishop, semble témoigner en faveur de cette nouvelle application du sulfate de quinine. Un forgeron, âgé de trente-deux ans, se fit une blessure au pied, dans laquelle il blessa le nerf plantaire collatéral interne du gros orteil. La blessure marcha de la manière la plus irrégulière; au quinzième ou dix-huitième jour, survinrent les premiers symptômes du tétanos : opisthotonos, accès survenant toutes les trois ou quatre minutes, douleurs atroces, pouls à 84, serrement des mâchoires, respiration précipitée. La plaie fut incisée et cautérisée avec le cautère actuel. On lui prescrivit 2 pilules purgatives; 75 centigr. de sulfate de quinine avec 3 centigr. de sulfate de morphine; et des frictions sur la colonne vertébrale avec un liniment d'acide sulfurique. Le sulfate de quinine à haute dose eut pour résultat d'éloigner les accès qui ne se reproduisirent plus qu'à des intervalles de quelques heures. Ce traitement fut continué pendant cinq jours ; on continua seulement le sulfate. Le dixième jour on suspendit la quinine pendant dix heures; les symptômes du tétanos reparurent avec une nouvelle intensité; il fallut reprendre la quinine. A partir de ce moment, les symptômes se modifièrent favorablement. Le douzième jour, les spasmes avaient complétement cessé; il ne restait qu'un affaiblissement considérable. La guérison a été complète. (*New-York Journal of medecine.*)

VARIÉTÉS.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que le choléra est sur le point de quitter la France. Après avoir ravagé presque tout notre pays, c'est à peine s'il existe encore dans quelques localités disséminées. A Paris et à Marseille, où le choléra a régné avec le plus d'intensité, on ne compte plus de nouveaux malades, et les hôpitaux se vident tous les jours. Par une circonstance vraiment bizarre, une ville située au nord, et sur le littoral de l'Océan, Cherbourg, a été cruellement frappée dans ces derniers jours; mais les dernières nouvelles annoncent, comme partout, une décroissance rapide. Dans tout le nord de l'Europe, l'épidémie semble éteinte. A Londres, dans la deuxième semaine de novembre, il n'y a eu que 11 décès cholériques. A Amsterdam, on n'entend plus parler de décès causés par le choléra; à Berlin, on a fermé les hôpitaux cholériques. Malheureusement, il n'en est pas ainsi dans le Midi. Le royaume Lombardo-Vénitien compte déjà près de

3,000 victimes pour quatre grandes villes, Mantoue, Milan, Bergame et Brescia. En Algérie, les désastres sont bien autrement grands, surtout dans l'ouest; on parle de 1,500 victimes dans la population militaire seulement; il y avait cependant une décroissance sensible partout aux dernières nouvelles. Au Canada, le choléra était sur le point de disparaître au commencement d'octobre. Il régnait encore à cette époque dans les provinces intérieures des États-Unis. A Saint-Louis, où il a fait de si grands ravages, il avait emporté 17 médecins.

Sur le rapport de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, le président de la République vient d'accorder de nombreuses récompenses au corps médical pour les services qu'il a rendus dans le courant de la dernière épidémie, soit à Paris, soit à l'occasion de missions confiées par l'administration centrale et dirigées par le bureau sanitaire établi au ministère de l'agriculture et du commerce. Nous voyons avec plaisir, par ce rapport, que M. le ministre se propose, aussitôt que le choléra aura enfin cessé ses ravages dans les départements, de compléter la répartition des distinctions honorifiques parmi nos confrères du reste de la France, et nous ne doutons pas qu'il n'y trouve autant d'actes remarquables de dévouement à récompenser.

Ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur : officiers, M. le professeur Rostan; M. Mêlier, membre de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique; chevaliers, MM. les docteurs Foissac, Lesaulnier, Bréon, Papeguy, Gillette, Vergne (Jean-Denis), Bourse, Bellely, Houde, Foucart, Lachaise, Stuart-Cooper, Caillard; Bagct, ancien pharmacien.

Conformément aux conclusions d'un second rapport du même ministre, des médailles d'honneur ont été en outre accordées à 762 personnes; nous regrettons que le défaut d'espace nous empêche de faire connaître les noms des confrères qui ont mérité cette récompense.

Le corps de santé militaire n'a pas été oublié dans ces distributions de récompenses au sujet des services rendus pendant l'épidémie de choléra-morbus. Ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur : officiers, MM. Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule; Worms, médecin de l'hôpital militaire du Gros-Caillou; chevaliers, MM. Leguey, chirurgien de l'hôpital du Gros-Caillou; Serrier, médecin-adjoint au Val-de-Grâce; Masselot, chirurgien sous-aide au Val-de-Grâce; Dodé, pharmacien à l'hôpital militaire de Popincourt; Fournez, pharmacien de l'hôpital du Roule; Rossignol, chirurgien aide-major des sapeurs-pompiers.

La séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris a eu lieu le 5 novembre; l'auditoire était nombreux. On s'attendait, en effet, à entendre l'éloge de Blandin, prononcé par M. Denonvilliers, et une allocution du nouveau doyen, M. Bérard, destinée à remercier les élèves, au nom de la Faculté, du zèle et du dévouement qu'ils ont montrés dans le courant de l'affreuse épidémie que nous venons de traverser. M. Denonvilliers a parfaitement atteint le but qu'il s'était proposé, celui de montrer par quels travaux sérieux, par quels efforts persévérants, Blandin s'était élevé à la haute position qu'il occupait dans le monde chirurgical. L'allocution de M. Bérard a été pleine de grâce et de convenance. Il a rappelé qu'en d'autres temps il

avait défendu le concours, réclamé la suppression d'un second ordre de médecins, demandé des lois protectrices de notre profession, et qu'il ne déserterait pas ses convictions anciennes. Il a signalé, chemin faisant, quelques-unes des améliorations qu'il se proposait d'apporter à l'enseignement de la Faculté. Arrivant enfin à l'objet principal de son discours, il a montré l'empressement des élèves à se porter partout où il y avait des dangers à courir, des malheureux à soulager. Il a donné un témoignage de regret aux deux internes Berlier et Londe, qui ont payé de leur vie leur dévouement aux malades; rendu un juste hommage aux élèves de la Salpêtrière, décorés, comme il l'a dit, dans la personne des plus méritants. Enfin, il a annoncé aux élèves que deux cents d'entre eux recevraient ou des médailles, ou remise de tout ou partie des frais universitaires. Les applaudissements de l'auditoire ont dû prouver au nouveau doyen que les élèves appréciaient tout ce qu'il avait fait pour eux et tout ce qu'il veut faire encore.

Dans la même séance, on a proclamé les lauréats des prix Montyon' Corvisart, de l'Ecole pratique. Prix Montyon : M. Simonin - Empis; médaille d'argent, M. Botrel; mention honorable, M. Thoré. — Prix Corvisart : M. Blain des Cormiers. — Prix de l'Ecole pratique, grand prix : M. Dyouis des Carrières; premier prix, M. Laboulbène; deuxième prix, M. Hamilton. — Prix des élèves sages-femmes ; premier prix, Mlle Laborey; deuxième prix, Mlle Guillet.

Le concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante à la Faculté de médecine de Paris, commencera jeudi prochain 15 courant. Les juges nommés par la Faculté sont MM. Andral, Bérard, Cruveilhier, Denonvilliers, Dubois, Gerdy, Laugier, Moreau, Roux et Velpeau. Les juges désignés par l'Académie de médecine sont MM. Bégin, Jobert, Gimelle, Baffos et Huguier. Enfin, les candidats, au nombre de dix, sont MM. Chassaignac, Gosselin, Jarjavay, Lenoir, Maisonneuve, Malgaigne, Nélaton, Richet, Robert, Sanson.

La Société de pharmacie de Paris vient de proposer un prix de *quatre mille francs* pour la découverte de la quinine artificielle, ou d'une base organique possédant des propriétés antifébriles comparables à celles de cet alcaloïde. Ce simple énoncé montre combien se fait sentir, dans le commerce, la disette des bons quinquinas, et l'intérêt qu'il y a pour la pratique d'étudier la valeur des succédanés de l'écorce péruvienne.

L'étude des engrais est un point qui domine tellement les progrès possibles de l'agriculture, que nous devons signaler un travail de M. Herpin, sur la valeur du plâtre et du poussier de charbon, pour désinfecter les matières fécales. Suivant cet auteur, 12 kilog. de plâtre cuit et pulvérisé, mélangés à 2 kilog. et demi de poussier de charbon, suffisent pour désinfecter et solidifier immédiatement les matières stercorales produites par un individu pendant une année entière, et les convertir en un engrais très-actif,

très-puissant et durable, lequel n'a aucune odeur ni apparence désagréable qui en rappellent l'origine. Cinq ou six mètres cubes de cet engrais, coûtant 60 fr. à Paris, suffisent pour la fumure d'un hectare de terre, et contiennent autant d'azote, de carbone et de principes fertilisants, que trente mètres cubes de bon fumier ordinaire de ferme, qui valent 120 fr. au moins; que le plâtre, associé au charbon, a l'inappréciable avantage de retarder la décomposition putride des engrais, de fixer à l'état de sel non volatil l'ammoniaque qui se perdrait dans l'air, de restituer et de fournir ces principes azotés aux végétaux, peu à peu, au fur et à mesure de leur croissance.

Les journaux ont rapporté quelques faits relatifs au choléra chez les animaux. Comme la plupart de ces cas nous ont paru mal observés, nous les avons passés sous silence. Suivant la presse médicale belge, le fait suivant doit être mis hors de doute et ne saurait être controversé. Nous devons regretter que ce journal se soit borné aux lignes suivantes: « Tous ceux qui ont visité le jardin Zoologique d'Anvers ont pu remarquer un magnifique *chimpanzé:*—ce singe, qui amuse si fort les badauds par l'affection toute particulière qu'il a vouée à une vieille femme, a failli être victime du choléra au mois d'août dernier, alors que l'épidémie sévissait avec tant d'intensité. Il eut des crampes, des vomissements, des selles riziformes, du refroidissement et de la petitesse de pouls : — on le traita avec des potions laudanisées et on lui appliqua des sinapismes; — au bout de trois jour, il était guéri. »

Mortalité de l'Angleterre.— La mortalité moyenne en Angleterre est aujourd'hui de 350,000 âmes, et celle de Londres de 47,000, chaque année. Comme la population de l'Angleterre et du pays de Galles est de près de 16 millions et celle de Londres de 1,900,000 âmes, il suit que la mortalité annuelle moyenne est, pour la métropole, de 1 sur 40 habitants, et, pour tout le royaume, de 1 sur 45 habitants. Or, au commencement du dix-huitième siècle, la mortalité annuelle en Angleterre était d'environ 1 sur 25 habitants; et vers le milieu du dernier siècle, sous l'influence de causes qui ne sont pas parfaitement connues, cette mortalité est arrivée à 1 sur 20. Depuis cette époque jusqu'à ce jour, elle a été continuellement en s'abaissant : en 1801, 1 décès sur 35 habitants; en 1811, 1 sur 38; aujourd'hui, 1 sur 45. De sorte que, dans un espace de quatre-vingts ans, les chances de vie ont doublé à Londres. Ce résultat est sans analogue dans l'histoire d'aucun autre peuple. En effet, à Paris, dans le milieu du dernier siècle, la mortalité était de 1 sur 25 habitants; elle est maintenant de 1 sur 32; à Rome, les décès annuels sont de 1 sur 25; à Amsterdam, de 1 sur 24; à Vienne, de 1 sur 22. Un habitant de Londres a donc deux fois autant de chances de vie qu'un bourgeois de Vienne. Et cet avantage de la Grande-Bretagne se retrouve non-seulement pour tous les districts, mais encore pour toutes les classes de la société, pour les habitants des villes comme pour ceux des campagnes, pour les agriculteurs comme pour les ouvriers des manufactures.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'ASSISTANCE MÉDICALE ET PUBLIQUE DANS LES CAMPAGNES.

« Le bruit ne fait pas de bien, le bien ne fait pas de bruit. »
(Le philosophe SAINT-MARTIN.)

(Suite et fin (1).)

Plus on examine de près combien est grande et profonde la misère du malade pauvre dans les campagnes, plus aussi il est facile de comprendre comment et pourquoi il manque des secours de l'art même les plus ordinaires. Tantôt les médecins sont éloignés ou trop occupés ; d'autres fois les remèdes sont trop chers, trop multipliés, trop difficiles même à se procurer, notamment dans les pays montagneux, lorsque dans l'hiver les communications sont à peu près impossibles ; toujours des obstacles, toujours des difficultés sans fin. D'ailleurs, l'habitant des campagnes, chose bien connue, n'appelle l'homme de l'art que le plus tard qu'il peut. Il agit ainsi par deux motifs : d'abord il croit toujours que ce ne *sera rien*, puis il épuise tout le savoir des commères du pays. Quant aux malheureux, à peu de chose près, ils manquent tout à fait de secours, surtout si la maladie passe pour dangereuse et contagieuse. On a cité, pendant l'épidémie actuelle de choléra-morbus, de beaux traits de dévonement; malheureusement ils sont exceptionnels : des exemples d'abandon total ont été plus fréquents ; ce qui est d'autant plus triste à penser, que dans les campagnes il n'existe pas de secours publics établis, permanents, connus, comme dans les villes. Une épidémie éclate dans un canton; l'autorité sollicitée y envoie des médecins. Mais, d'une part, ces médecins, outre qu'ils ne viennent que quand la maladie a déjà fait de grands ravages, sont étrangers aux localités, aux habitudes du pays, aux préjugés de ses habitants. De l'autre part, ils ont beau prescrire, ordonner des médicaments, les ressources manquent : il y en a d'improvisées; elles sont toujours insuffisantes; de sorte que le mal ne s'éteint que par la diminution spontanée de sa virulence, en un mot par l'autocratie de la nature.

Une chose remarquable autant qu'affligeante, c'est que cette incurie de la santé publique et de la science, cette indifférence pour tout progrès, pour toute innovation, que j'ai signalées chez l'habitant de la campagne, n'excluent pas l'empire du charlatan, pour peu que celui-ci y mette d'adresse et de persévérance. La puissance de la crecelle du charlatanisme

(1) Voir la livraison du 15 octobre, page 289.

est d'autant plus dangereuse dans ce cas, qu'elle frappe des esprits peu aguerris à cette espèce d'attaque. Bien entendu qu'il ne s'agit point ici des charlatans politiques dont les succès ne sont pas toujours à mépriser, mais de ces charlatans dont l'art de guérir arrache jusqu'à la dernière obole du pauvre ouvrier de la terre, toujours sous le fallacieux prétexte de le guérir promptement. Il y a de ces charlatans qui viennent du dehors et dont les annonces parviennent, on ne sait par quelles voies, jusque sous la chaumière enfumée du malheureux journalier gisant sur son triste grabat. Il en est d'autres dans le pays même, tels que les rebouteurs, les rhabilleurs, les médecins d'urine, les commères à secrets; ceux-là fourmillent de toutes parts, car s'il y a peu de police médicale dans les villes, il n'y en a pas l'ombre dans les campagnes. Bien plus, c'est que la vérification des décès n'a jamais lieu; en sorte que dans les cas d'épidémie violente, comme celle du choléra qui sévit encore, il y a eu certainement beaucoup d'inhumations précipitées. On voit quelle doit être et quelle est, en effet, la profonde misère des malades pauvres de la campagne, complétement dénués de ressources publiques et particulières.

Il en est une cependant, dira-t-on, à la portée de tout le monde, c'est celle des hôpitaux. Ceux qui font une pareille remarque connaissent fort peu l'état actuel des choses. Dans le canton où je suis, les hôpitaux ont peu de ressources par eux-mêmes, il faut payer *un franc* par jour pour y être admis. Or, est-il possible qu'un malheureux puisse obtenir à ce prix un lit, un coin dans de pareils asiles de la charité? D'ailleurs le paysan, même le plus misérable, éprouve une incroyable répugnance pour l'hôpital. Sa chaumière délabrée, son réduit obscur et malsain, son grabat, son foyer, ont pour lui des liens secrets de vif attachement; puis sa pauvre femme, ses pâles et chétifs enfants entourent sa couche et savent le consoler. Il n'est pas jusqu'à ses voisins de village, les arbres qui l'entourent, le bruit prochain ou lointain des travaux agricoles, le je ne sais quoi de l'air qu'il respire, du ciel qu'il voit, de l'eau qui coule, du moulin qui bat dans le lointain, qui ne l'attachent au sol qui l'a vu naître, où il souffre et où il veut mourir, s'il est possible, la charrue à la main, sous le soleil. Alors il prend patience, il se résigne, et dans ses actions le *fiat voluntas tua*, *Domine*, brille sans faste et sans ostentation. Cependant quelle misère! quelles douleurs! Mais il n'est encore donné qu'au prêtre ou au médecin de pouvoir les contempler avec un effroi mêlé d'admiration. Est-ce qu'un pareil état de choses peut durer dans l'état actuel de notre civilisation? Est-il donc impossible de secourir les classes pauvres et laborieuses de nos campagnes? Non, je ne puis croire que le problème soit insoluble, comme le pensent

beaucoup de personnes. Notons qu'il ne s'agit point ici de théories dangereuses, illusoires, favorisant le duel implacable de la cupidité populaire contre la société; il n'est pas même question de rêves généreux, mais bien de choses utiles, faisables, réalisables; de choses faites pour donner un démenti à la cruelle doctrine de Malthus et à ce lugubre anathème de Faust : « Tu es condamné à la privation, tu subiras la privation. »

On ne saurait disconvenir cependant que la solution du problème en question présente d'assez nombreuses difficultés, surtout dans l'état actuel des choses en France. Cette solution, à parler en général, exige un grand discernement, un vouloir fortement prononcé et une grande persévérance; autrement dit, il faut de l'esprit, du cœur et du sens, qualités assez rares, surtout dans leur ensemble. Aussi les quelques projets, assez vagues d'ailleurs, qui ont été présentés à ce sujet, ne pouvaient-ils avoir aucune chance de succès. Mettons en dehors de notre cadre tout ce qui a rapport à l'économie politique, et tenons-nous au point de vue médical. De quoi s'agit-il, dans ce cas? D'une part, d'éclairer, de guider le malheureux campagnard dans des mesures sanitaires, soit publiques, soit particulières, dont il ignore l'importance et la valeur; de l'autre, de le secourir quand il est malade et, s'il est possible, quand il est infirme. Jusqu'à présent, nous l'avons dit, le curé, le médecin et quelques personnes aisées, remplies de l'esprit évangélique, convaincues que *le riche est le trésorier du pauvre*, sont les seuls appuis du malade pauvre dans les campagnes. Cependant, comment s'empêcher d'avouer que ces tendances apostoliques, ces vagues aspirations à la charité, ne sont pas générales, et surtout sont loin d'être suffisantes? D'ailleurs, les individus passent, les institutions restent; or, ce sont ces institutions qu'il conviendrait d'établir; jamais il n'y en aura de plus utiles, de plus urgentes. L'essai même qu'on en ferait produirait le plus grand effet. Les habitants des campagnes y verraient ce qui les frappe par-dessus tout, une chose, un fait, une réalité, seul moyen de les convaincre. L'homme des champs, surtout s'il est malheureux, malade, souffrant, veut des démonstrations matérielles; autrement il n'a confiance ni à vos conseils, ni à vos préceptes, ni à vos raisonnements. Avec lui, épargnez la parole, épargnez le papier, épargnez le temps; mais faites-lui voir, aussi clair que la lumière du soleil, qu'il y va de son intérêt de se soigner; il vous écoutera, parce qu'il vous comprendra. J'en ai vu des milliers d'exemples, et je rapporterai le moyen que j'emploie dans ce cas avec assez de succès. Monsieur le médecin, je n'ai ni le temps ni les moyens de me soigner; il me faut du travail, mon pain est au bout. Sans contredit, répondis-je; mais calculons : vous avez besoin de trois jours de

repos et de régime ; voilà trois journées perdues, cela est vrai ; mais si vous travaillez au delà de vos forces, vous en perdrez quinze, c'est-à-dire que la perte, au lieu de *quatre francs* dix sous, sera de *sept francs* dix sous : où est votre profit? Croyez-moi, le pain manquera longtemps dans la huche. Alors cet homme réfléchit, calcule, et pour perdre moins, il consent à perdre un peu.

On conçoit que si ces malheureux avaient des secours assurés, ils n'hésiteraient pas à sacrifier le temps nécessaire à leur rétablissement. Mais non, point d'hôpitaux et d'hospices, point de caisses d'épargne, aucune association mutuelle; l'isolement, la misère, ou la pitié de quelques personnes généreuses. J'ai quelquefois entendu dire que cet état déplorable des malheureux de la campagne accusait notre esprit social, et nous reportait avec regret dans les siècles précédents. La comparaison ne manque pas de justesse, et, tout examen fait sous ce rapport, le temps jadis avait bien aussi ses avantages : le paysan vassal était sujet à la dîme et à la corvée; mais malade, pauvre, vieux et brisé par l'âge, il était assuré d'être secouru par le château, en médicaments et en aliments; il avait du repos dans ses vieux jours. Les couvents, répandus de toutes parts dans les campagnes, offraient aussi une infinité de ressources aux malheureux; ressources dont les communes actuelles, écrasées d'impôts, sont tout à fait dépourvues. Dans le cataclysme révolutionnaire de 89, on n'a vu que les inconvénients et nullement les avantages de l'ancien ordre de choses; mais la justice et l'histoire ont aussi des droits imprescriptibles. Cela est fâcheux à dire, s'écriait Mirabeau en 1791, mais souvent *nous avons pris la faux du temps et nous avons laissé son horloge.*

Dans l'état actuel des choses, le seul qui doive nous occuper, on cherche, on s'enquiert du mieux et du possible à faire. C'est alors que revient la question tant débattue des *médecins cantonaux.* Cette institution présente en apparence des avantages; mais, quand on approfondit la question, ces avantages diminuent prodigieusement. Des médecin cantonaux ! pourquoi faire? Pour donner des conseils aux indigents des campagnes? mais les médecins, les officiers de santé du pays surtout n'ont jamais refusé de consultations gratuites; leur générosité à cet égard est assez connue. Est-ce pour pratiquer les vaccinations? Elles le sont toujours et gratuitement par ces mêmes médecins, et dans les campagnes il manque moins de vaccinateurs que de pauvres empressés à faire vacciner leurs enfants. Ils serviront, dit-on, dans les épidémies : encore une fois, quand une épidémie a éclaté, il n'a jamais manqué de chirurgiens ou d'officiers de santé, soit spontanément, soit envoyés par le gouvernement. Ce qu'il y a de certain, c'est que le malheureux mé-

decin cantonal, pour une assez médiocre rétribution, sera appelé, harcelé, tourmenté de toutes parts et dans les moindres circonstances. Je lui conseille d'avoir pour lui un corps de fer, et pour son cheval des jambes à ressorts d'acier. Les accouchements seuls des femmes indigentes dispersées dans le canton ont de quoi l'occuper jour et nuit. Le médecin cantonal doit nécessairement devenir la ressource banale, d'autant plus que d'une manière ou d'autre, dans les campagnes comme dans les villes, beaucoup de gens trouveront le moyen de grossir le nombre des indigents et de cacher leur bourse. On a déjà fait la remarque qu'il est infiniment difficile de savoir le nombre des indigents dans chaque commune. Il y a quelques années que le gouvernement ordonna qu'il serait fait un recensement général des indigents des campagnes : l'inexactitude en fut le défaut principal. Certains maires, pensant qu'il s'agissait d'une augmentation d'impôts, d'une véritable *taxe des pauvres*, diminuaient arbitrairement ce nombre ; d'autres, au contraire, pensant que le gouvernement voulait leur venir en aide, doublaient, triplaient ce nombre, afin d'obtenir une plus large part dans la répartition des secours qu'ils espéraient. En tout état de cause, le médecin cantonal aura fort à faire ; malgré son zèle et son activité, il est bien à craindre qu'il ne reste au-dessous des besoins de la population. Non, je le répète, ce ne sont pas des avis, des consultations qui manquent aux malades pauvres des cantons ruraux ; c'est un asile salubre, ce sont des médicaments, c'est du pain, c'est du bouillon, ce sont de bons aliments, c'est du linge, ce sont des vêtements convenables; c'est, dans l'hiver, une atmosphère doucement tempérée; enfin, c'est surtout, pour le pauvre journalier, l'idée que sa maladie, son manque de travail n'ôtera pas tout à fait le pain à sa femme et à ses enfants. Quand le médecin aura conseillé les meilleurs remèdes, de deux choses l'une : si c'est l'Etat qui les fournit, la dépense sera considérable ; si c'est le malade, les avis du médecin seront à peu près nuls, *verba et voces*, car ce malade n'a aucun moyen de se les procurer. Un pauvre malheureux, gagnant sa vie à la journée, fut atteint d'une fièvre intermittente : je lui prescrivis l'emploi plus ou moins continué du sulfate de quinine. « Monsieur, me dit-il, vous êtes un *maître* médecin (expression de supériorité, comme *maître* maçon, *maître* charpentier), ainsi vous comprendrez que je n'ai pas la somme nécessaire pour acheter un pareil remède ; alors, comme alors, à la volonté du bon Dieu. » Il a raison, dis-je en moi-même ; je connais sa position :

En est-il un plus pauvre en la machine ronde?

Non sans doute, et en ma qualité de *maître* médecin, il fallut cher-

cher le moyen de le guérir et de lui procurer les ressources qui lui manquaient. Or, de pareils cas se présentent très-souvent dans la médecine des campagnes.

Ce ne sont donc point les médecins cantonaux, car tous les médecins et officiers de santé de chaque localité peuvent en remplir les fonctions, qui constituent le besoin d'urgence dans les campagnes; ce sont des hôpitaux *cantonaux* pour les malades, des hospices pour les vieillards sans ressources, des maisons de travail, etc. ; il s'agirait, en un mot, d'étendre aux populations rurales le système d'assistance médicale et publique établi dans les villes, en le modifiant toutefois d'après les localités. Les habitants malheureux des campagnes doivent-ils être déshérités des bienfaits qu'on accorde à ceux des villes ? Sur trente-six mille huit cent dix-neuf communes de la France, onze cent soixante-deux possèdent des hôpitaux ou hospices (Moniteur du 4 septembre 1849), à coup sûr ce ne sont pas les populations rurales qui les remplissent. Huit mille bureaux de secours sont établis dans les villes; comptez maintenant ceux qui existent dans les campagnes : zéro, en voici le résultat. Une charité élevée, prévoyante, la justice de l'homme d'Etat, doivent nécessairement faire cesser un pareil état de choses. Le salut social en dépend plus qu'on ne croit; c'est peut-être le seul moyen d'échapper à l'étrange chaos d'où certains hommes espèrent voir bientôt sortir un nouveau monde dans sa radieuse beauté. Ajoutons que ce sera l'expression d'un sentiment de reconnaissance pour l'agriculture ; car Dieu a placé dans les épis mille fois plus de bien que les philosophes n'en peuvent mettre dans leurs livres.

Indépendamment des hôpitaux cantonaux, serait-il impossible d'affecter à chaque commune un peu considérable une *maison de secours*, dirigée par trois ou quatre sœurs de charité, munie d'une petite pharmacie et d'un petit matériel de secours alimentaires? Dans le canton où j'exerce actuellement la médecine, il y a plusieurs de ces maisons fondées par des personnes pieuses, et ces établissements sont un immense bienfait pour les malheureux, auxquels on porte ainsi des secours à domicile. Mais ce bien est obscur, peu connu, toujours en raison de la grande et belle maxime du philosophe Saint-Martin.

Pourquoi dans chaque localité ne pas charger un médecin de la vérification des décès, chose si urgente, si importante, notamment lorsqu'une épidémie se déclare? Dans un service médico-rural bien ordonné, il ne faut point non plus oublier ce qui l'est tout à fait aujourd'hui, c'est-à-dire des secours publics pour les asphyxiés par *la foudre*, par *le froid*, par *la pendaison*, par *l'exhalaison du gaz*, du charbon, du raisin en fermentation, enfin pour les noyés.

Il conviendrait également d'établir et de faire exécuter de bonnes et salutaires mesures de salubrité publique par chaque commune. Combler les mares d'eau croupissante, les ruisseaux infects; indiquer des endroits éloignés pour le rouissage du chanvre, assainir les chemins, tarir certains égouts qu'on y trouve; écarter des maisons les fumiers qui en obstruent les entrées, les masses d'immondices d'où s'exhalent sans cesse des miasmes fétides, etc. S'il n'est pas possible, comme en Belgique, de faire qu'une maison déclarée insalubre soit mise *sous le scellé*, bien qu'on puisse, par une sorte d'inconséquence, s'en emparer pour cause d'utilité publique, on peut obliger, jusqu'à un certain point, les propriétaires d'y entretenir une propreté tout à fait dans leur intérêt. Il ne faudrait pas non plus que l'impôt des portes et fenêtres fût rigoureux. Empêcher de s'ouvrir quelques lucarnes dans une chaumière, c'est asphyxier le pauvre pour quelques centimes qui reviennent au fisc.

Celui qui pourra établir avec succès dans les campagnes des *Sociétés de tempérance* en sera assurément le bienfaiteur. On ne saurait croire combien l'ivrognerie fait de malheurs, de maladies et de crimes dans les campagnes; combien elle énerve en peu d'années des populations autrefois pleines de vigueur, de force et de santé.

Pourquoi ne pas fonder pour les ouvriers de la campagne, une *caisse d'épargne* bien connue de chacun d'eux, et placée dans le chef-lieu du canton? Il y aurait d'abord, je le sais, une certaine méfiance contre cette institution; mais une scrupuleuse bonne foi et quelques bons exemples finiraient par en triompher.

Est-il donc impossible d'établir dans les cantons ruraux, comme dans les villes, des *Sociétés d'assurances mutuelles* de secours entre les ouvriers? je ne le pense pas. On ne saurait croire tout le bien qu'elles pourraient opérer; qu'on essaye du moins, car, ici comme en tout, l'avenir est l'x, qu'il faut dégager du produit.

Ne pourrait-on également favoriser les legs des personnes riches et pieuses, pour les institutions bienfaisantes des campagnes? La grande majorité de ces legs est en faveur des hôpitaux des villes; mais le pauvre de la campagne est aussi l'être de Dieu, il doit donc être aussi l'orphelin de l'Etat, le protégé du riche.

Ces principes se renfermant dans un cercle très-général, il devient presque impossible de donner des développements d'une importance qu'on ne peut nier. J'insisterai seulement sur un point, c'est que des mesures d'assainissement étant établies, ainsi que des moyens de secours pour les campagnes, il faut en suivre les applications avec méthode et surtout avec persévérance. Combien de fois n'a-t-on pas ébauché, publié d'utiles projets, d'excellentes idées sur cet objet, mais devenus

inutiles, faute de temps et d'esprit de suite pour les féconder et en obtenir de bons résultats! Certes, il y aura en beaucoup de choses, dans les campagnes, quelques murmures, des récriminations, des résistances plus ou moins grandes : qu'importe? il faut s'y attendre ; c'est souvent à travers des plaintes, des clameurs que l'autorité fait le bien, et, comme l'a l'a dit un duc de Sforce : « les peuples sont comme les enfants, ils crient toujours quand on les torche. » Lorsqu'on entreprit, il y a quelques années, l'amélioration des chemins *vicinaux*, beaucoup de gens virent des obstacles presque insurmontables à l'exécution de ce projet ; mais, avec un peu de fermeté et de persévérance, cette amélioration a eu lieu, et sur une grande échelle. Les populations rurales en bénissent aujourd'hui l'exécution, car l'utilité de la chose leur est maintenant d'une évidence formelle ; et pourtant il ne s'agissait nullement d'un intérêt partiel, d'un intérêt de clocher, mais de l'intérêt de tous.

Je n'ignore pas que dans cela, comme en tout, la question mère, la question dominante, est la question d'argent. Mais, d'une part, il ne s'agit pas de grands et coûteux établissements ; quelques allocations faites par l'Etat chaque année, un léger impôt départemental, continué pendant quelques années, et l'on obtiendrait un capital suffisant pour jeter du moins les bases de ces secourables institutions; et puis, *salus populi suprema lex*. D'un autre côté, les caisses d'épargne cantonales, les associations mutuelles de secours, les mesures sanitaires si urgentes, appliquées avec vigueur et discernement, dépendent de l'administration et non du budget. L'essentiel est de commencer, de poser des jalons. On a fait des phrases et des théories magnifiques sur les malheureux villageois, il est grand temps de passer à la pratique; le prestige d'une éloquence qui brille et ne féconde pas n'a plus d'influence, car le dire et le faire ont des pôles tout à fait opposés. Ce qui convient à l'habitant des campagnes, faut-il le redire? ce sont des choses, des faits, de la bienfaisance actuelle, positive, chiffrée ; il a une horreur instinctive pour toute vérité qui ne se voit pas, qui ne se touche pas, et, sur beaucoup de points, il n'est pas facile de le saisir par l'amorce de la phrase. Malheureusement, à notre époque, la prévoyance et la persévérance, si nécessaires dans l'objet qui nous occupe, sont d'une application difficile ; dans une société mobile et bouillonnante, aussi profondément remuée que la nôtre, où l'instabilité existe en toutes choses, jamais on n'a le temps d'étudier une question, bien moins encore de l'amener à ce point suprême qu'on appelle *solution*. C'est un immense malheur, auquel le temps et la sagesse de la nation peuvent seuls remédier. Quoi qu'il en soit, croyons et proclamons que les habitants pauvres de la campagne ont besoin d'une attention, d'une sollicitude particulières

qui, jusqu'à ce jour, leur ont été refusées. Qu'on établisse donc pour les populations agricoles des hôpitaux cantonaux, des asiles pour les vieillards, des maisons de travail, des secours distribués à propos, des règles de salubrité dans chaque localité, claires, simples, précises et rigoureusement exécutées; que l'on fonde des caisses d'épargne, des associations mutuelles de secours; que ces institutions soient placées sous la tutelle d'une administration active, vigilante, et un immense progrès d'amélioration s'opérera sans secousses, sans révolte d'intérêts blessés ou menacés, presque sans embarras et sans trop de difficultés; c'est là une œuvre d'actualité et de fraternité pratique. Qu'on se persuade bien qu'avec un plan heureusement conçu, avec un ferme vouloir et la poursuite obstinée du *possible*, on peut obtenir ce qu'il y a peut-être de plus difficile au monde, c'est de faire le bien et de le bien faire. R. P.

NOTE SUR LA PNEUMONIE MUQUEUSE OU CATARRHE SUFFOCANT CHEZ LES TRÈS-JEUNES ENFANTS.

Je me propose de donner dans ce petit travail une description rapide d'une forme particulière de pneumonie qu'on observe chez les très-jeunes enfants, et sur laquelle les auteurs me semblent ne pas avoir assez spécialement appelé l'attention. Je dirai comment j'ai été conduit à l'observer plus attentivement, par quels symptômes elle se manifeste, comment elle se produit, quel traitement me paraît devoir être institué.

Pendant la longue durée de mon internat dans les hopitaux de Paris, dans les services consacrés aux maladies des très-jeunes enfants, sous la direction de M. le professeur Trousseau et de M. Blache, j'étais frappé d'un fait qu'ont dû observer comme moi tous les praticiens qui s'occupent des maladies de la première enfance : alors que des pneumonies extrêmement étendues guérissaient et guérissaient très-rapidement, d'autres au contraire, dans lesquelles la maladie occupait une moins grande partie du tissu pulmonaire, et qui de prime abord auraient semblé devoir présenter un caractère de moindre gravité, étaient presque fatalement suivies de mort. Ainsi des pneumonies doubles occupant la presque totalité du parenchyme pulmonaire, arrivées même dans quelques points au degré d'hépatisation, cédaient après neuf à douze jours, ce qui est la durée moyenne de la pneumonie de la première enfance; d'autres, au contraire, moins étendues, n'arrivant jamais jusqu'à l'hépatisation, amenaient la mort après quatre ou cinq jours de durée.

Il était impossible de ne pas être frappé d'une aussi singulière diversité, et dès lors de n'en pas rechercher la cause. En examinant de plus

près, je reconnus que la pneumonie différait essentiellement dans les deux cas, par son mode de production, par ses caractères anatomiques, par ses symptômes. Il y a là, en dehors de la pneumonie ordinaire, une forme spéciale, qu'en raison de son anatomie pathologique et des signes qui la révèlent, on peut convenablement, ce me semble, désigner sous le nom de pneumonie muqueuse (1).

C'est ordinairement chez les enfants vigoureux et surtout replets, plus particulièrement encore chez ceux qui ont habituellement la poitrine grasse, et j'emploie ici à dessein l'expression vulgaire parce qu'elle peint très-bien ma pensée, qu'on voit se développer la pneumonie muqueuse ; je ne l'ai que rarement observée dans les conditions inverses, c'est-à-dire chez les enfants d'une constitution sèche, chez lesquels les sécrétions muqueuses en général sont peu abondantes, et le tissu cellulo-graisseux peu développé.

Le plus souvent c'est à l'occasion d'un simple rhume, d'un catarrhe bronchique qu'on la voit naître : l'enfant tousse pendant quelques jours avec ou sans fièvre ; vous auscultez la poitrine avec le plus grand soin à des moments différents de la journée et à des intervalles peu éloignés, circonstance importante pour l'auscultation dans la première enfance, et vous ne reconnaissez rien autre chose qu'une phlegmasie de la membrane muqueuse des bronches, qu'une inflammation catarrhale ; puis, à un moment donné, des phénomènes plus graves apparaissent ; des symptômes d'inflammation du parenchyme pulmonaire se déclarent ; vous êtes en pleine pneumonie muqueuse, au lieu du catarrhe dont vous aviez la veille reconnu l'existence : voilà ce que

(1) Autant nous pensons qu'il y a avantage à rectifier le langage médical par l'introduction de mots nouveaux ou d'acceptions nouvelles de mots anciens, lorsque l'on a à désigner des états morbides distincts, peu connus, ou mal caractérisés jusque-là ; autant nous pensons qu'il y a inconvénient à détourner de leur acception généralement reçue des mots que l'usage a consacrés dans un sens donné. Sous le nom de *pneumonie muqueuse*, on désigne généralement une pneumonie compliquée de ce qu'on appelle l'état muqueux, c'est-à-dire de langueur physique et morale, de pâleur de la peau, d'odeur acide des excrétions, des urines, des sueurs, des substances rejetées par le vomissement. Or, notre honorable confrère, M. Duclos, donne le nom de pneumonie muqueuse à une affection décrite, depuis plusieurs années, sous le nom de catarrhe suffocant ou de bronchite capillaire. La nouvelle désignation proposée par notre confrère nous paraît avoir l'inconvénient de créer une confusion entre des états morbides distincts et bien différents l'un de l'autre, tant par leur mode de production que par leurs caractères anatomiques et par leurs symptômes. Si, en raison de l'inflammation du tissu pulmonaire, on veut appeler cette affection *pneumonie*, il faut y joindre l'épithète de catarrhale plutôt que celle de muqueuse. (*Note du rédacteur en chef.*)

j'ai vu, voilà ce que j'ai observé. Ainsi, à l'inverse de la pneumonie ordinaire, qu'on voit quelquefois apparaître d'emblée chez les très-jeunes enfants, la pneumonie muqueuse présuppose l'existence d'un catarrhe bronchique; elle n'est que l'extension, la propagation de la phlegmasie catarrhale.

Un fait pratique que je dois signaler, c'est la plus grande fréquence de la pneumonie muqueuse pendant le travail de la première dentition, circonstance qu'on doit attribuer à ce fait, que le travail de l'évolution dentaire est, dans la plupart des cas, l'origine de phlegmasies du côté de la membrane muqueuse des voies respiratoires.

J'ai dit que la pneumonie muqueuse différait de la pneumonie ordinaire par les symptômes qui la révèlent. On sait, en effet, que chez les très-jeunes enfants la pneumonie se reconnaît à l'existence du râle sous-crépitant dans le cas d'inflammation lobulaire, de souffle dans le cas d'inflammation lobaire, à l'oppression, à l'agitation des ailes du nez, à l'existence d'un sillon à la base de la poitrine, le long des insertions du diaphragme, sillon tellement caractéristique que M. le professeur Trousseau a pu lui donner le nom de sillon péripneumonique, enfin à la fièvre.

Tous ces symptômes se rencontrent aussi dans la pneumonie muqueuse, mais ceux que fournit l'auscultation diffèrent essentiellement; ici, en effet, la pneumonie n'est jamais lobaire, dès lors jamais de souffle. La sécrétion bronchique est extrêmement abondante; le râle muqueux masque le râle sous-crépitant, et le râle muqueux est sensible à ce point, qu'on l'entend en approchant seulement l'oreille de la poitrine, sans l'y appliquer immédiatement.

Ainsi, pour nous, la pneumonie muqueuse chez les très-jeunes enfants a pour caractères symptomatologiques la fièvre, l'oppression avec agitation des ailes du nez et sillon péripneumonique costo-abdominal, l'existence d'un râle muqueux extrêmement abondant, sans souffle. On le voit, ce sont tous les symptômes du catarrhe suffocant chez l'adulte.

Il est certain pourtant, et l'autopsie le démontre d'une manière incontestable, que dans les pneumonies avec sécrétion muqueuse abondante, sans râle sous-crépitant ni souffle, il y a autre chose qu'un catarrhe même intense, il y a une phlegmasie du parenchyme pulmonaire lui-même. Si l'on ouvre en effet le cadavre des enfants qui y succombent, on constate toutes les altérations anatomiques qui caractérisent la pneumonie lobulaire.

La surface du parenchyme dans les points coupés par le scalpel présente des marbrures, quelques lobules pâles, décolorés, ou avec leur coloration naturelle, d'autres beaucoup plus foncés, d'un rouge lie-de-

vin, ou bruns, qui sont évidemment le siége de l'inflammation. Si on isole avec soin les lobules et qu'on les place dans l'eau, on les voit se précipiter au fond du vase. Ceux, au contraire, dont la couleur est moins foncée, qui ne sont pas le siége de l'inflammation, surnagent alors même qu'on les presse longtemps entre les doigts comme pour en exprimer l'air. Enfin toutes les divisions bronchiques, et même celles d'un certain calibre, sont remplies de mucosités.

Il y a donc là, bien évidemment, une pneumonie lobulaire, et voilà pourquoi nous avons conservé à la maladie le nom de pneumonie, alors que ses symptômes lui donnent une si grande analogie avec le catarrhe suffocant.

La pneumonie muqueuse est une affection d'une gravité extrême. Il arrive fréquemment qu'au début, alors que la maladie n'a encore le caractère que d'une simple affection catarrhale avec sécrétion muqueuse abondante, on porte un pronostic favorable et qu'on annonce que tout va se réduire aux proportions d'une simple bronchite. C'est une erreur que j'ai commise et vu commettre souvent. Un enfant très-robuste et d'une santé habituellement bonne, sans autres maladies ordinaires qu'un peu de tendance à des fluxions bronchiques, est pris tout à coup de fièvre avec de la toux, de l'oppression, mais sans que l'auscultation permette de reconnaître rien autre chose qu'un simple catarrhe. On rassure les parents; on annonce que l'enfant n'a et n'aura sans doute qu'un rhume violent. Puis tout à coup les symptômes de pneumonie se déclarent; l'oppression fait de rapides progrès; la poitrine s'embarrasse; la sécrétion muqueuse devient de plus en plus abondante, sans que l'expectoration soit possible, et la mort survient bien souvent, quelque effort qu'on ait fait pour la prévenir. J'ai vu bon nombre de ces faits, et je ne doute pas que tout praticien qui s'occupe des maladies de l'enfance n'ait vu de ces démentis donnés à un pronostic trop rapidement et trop favorablement exprimé.

Il m'a semblé que le traitement de la pneumonie muqueuse ne devait pas être le même que celui de la pneumonie ordinaire, et cela en raison de deux circonstances importantes; à savoir, d'une part, la rapidité avec laquelle la maladie marche dès que les accidents inflammatoires se sont développés; d'autre part, l'obstacle tout mécanique qu'apporte à l'acte de la respiration la présence dans les bronches d'une très-grande quantité de liquide muqueux. L'expérience est venue d'ailleurs confirmer les prévisions de la théorie.

Je crois que de toutes les médications, la plus convenable dans la pneumonie muqueuse, véritable catarrhe suffocant des enfants, est la médication vomitive prolongée. C'est au moins celle qui m'a donné les

moins mauvais résultats. Voici comment je comprends et j'institue cette médication vomitive.

On prépare une mixture sirupeuse que les enfants, en raison de sa saveur agréable, prennent généralement sans répugnance. Ainsi, pour un enfant d'un an au moins, on peut composer ainsi qu'il suit le mélange :

Pr.	Sirop d'ipécacuanha.......	30 grammes.
	Poudre d'ipécacuanha......	10 centigrammes.
	Tartre stibié	1 —

par cuillerées à café, jusqu'à effet vomitif.

On augmente d'ailleurs la dose du tartre stibié, et mieux encore de la poudre d'ipécacuanha, suivant l'âge de l'enfant.

La mixture sirupeuse est d'abord donnée de dix en dix minutes, jusqu'à ce qu'on ait déterminé quatre ou cinq vomissements; puis on s'arrête et on renouvelle la dose le soir, de manière à obtenir encore le même effet; on s'arrête encore pour recommencer le lendemain matin, puis le soir, et ainsi successivement. La seconde fois, et surtout aux prises subséquentes, l'effet vomitif est en général moins facile à obtenir, et le vomissement moins abondant. C'est un inconvénient auquel on obvie, d'une part, en faisant prendre une dose un peu plus considérable de la mixture vomitive; d'autre part, en faisant boire à l'enfant un peu d'eau tiède sucrée.

La médication vomitive ainsi employée me semble être la base du traitement de la pneumonie muqueuse, mais je crois utile d'y ajouter une administration convenable des antimoniaux. Il m'a paru qu'on obtenait quelque effet de potions données dans l'intervalle des prises vomitives et contenant un mélange de kermès et d'oxyde blanc d'antimoine dans les proportions suivantes, par exemple :

Pr.	Looch blanc du Codex......	125 grammes.
	Sirop thébaïque...........	2 à 4 —
	Oxyde blanc d'antimoine....	40 centigrammes.
	Kermès	5 —

Mais, je le répète, ce n'est là dans le catarrhe suffocant des très-jeunes enfants qu'un moyen adjuvant secondaire.

Je placerai sur la même ligne, bien qu'ayant pourtant une plus grande action, tous les révulsifs cutanés, comme les applications d'huile de croton ou de vésicatoires sur la poitrine, soit en avant, soit à la partie postérieure. Mais j'appellerai plus particulièrement l'attention sur les applications de vésicatoires aux jambes. C'est là pour le médecin un moyen dont il doit largement user. Il me semble hors de doute que dans les affections de poitrine chez les enfants, les applications de

vésicatoires faites de bonne heure aux jambes, avec des pansements faits de manière à provoquer une suppuration abondante, sont un précieux moyen curatif.

On le voit donc : dans la pneumonie muqueuse, la médication vomitive avant tout, puis l'usage simultané des antimoniaux, puis les révulsions cutanées, et en première ligne les applications de vésicatoires aux jambes.

C'est là, à ce qu'il m'a semblé, le traitement le plus rationnel ; c'est aussi celui qui donne les moins mauvais résultats. Mais pourtant il faut bien le dire, parce que chaque jour l'expérience le démontre, quelque soin qu'apporte à la médication le praticien, quelque exactitude que mettent à la suivre les personnes qui entourent le malade, l'enfant succombe bien souvent, en dépit de tout traitement. Docteur Duclos.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

COUP D'ŒIL SUR LES MALADIES DE L'UTÉRUS, A PROPOS DE LA DISCUSSION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE : DES ENGORGEMENTS UTÉRINS.

Une discussion grave et importante vient d'occuper, pendant deux mois, les séances de l'Académie de médecine. Engagée sur la question des engorgements utérins, elle n'a pas tardé à embrasser une grande partie du cadre des affections utérines. Nous avons aujourd'hui à faire le bilan de cette discussion, à rechercher ce qu'elle contient au fond de bon, d'utile, de sérieux et surtout de pratique. C'est à ce dernier point de vue que notre journal s'est toujours placé, et nous ne nous en écarterons pas dans l'appréciation à laquelle nous allons nous livrer.

Ce que nous devons dire tout d'abord, et nous le regrettons, à cause des hommes distingués qui ont pris part à cette discussion, c'est que ce débat, que l'on s'attendait devoir jeter tant de lumière sur les maladies utérines, n'a pas produit tout ce qu'on était en droit d'en espérer. D'une part, les honorables académiciens se sont montrés moins préoccupés des idées soumises à leur appréciation que du soin d'exposer celles qui leur étaient propres sur quelques points relatifs aux affections utérines ; et cette tendance a jeté un peu de confusion et de décousu dans la discussion. D'autre part, et cette dernière circonstance est plus grave, il nous a semblé, qu'à peu d'exceptions près, tout le monde avait perdu de vue le véritable but de toute discussion pathologique, le côté thérapeutique de la question. A peine si les médecins et chirurgiens distingués, qui ont pris la parole dans ce débat, ont donné quelques indications

générales de traitement, et aucun d'entre eux n'a exposé catégoriquement ce qu'il avait obtenu de tel ou tel mode de traitement à son usage.

Ce n'est pas tout : une autre fâcheuse tendance nous a paru dominer la discussion. Cette tendance, c'est celle du doute, de l'incertitude. A l'envi on a répété que le sujet des maladies utérines était encore à l'état de recherches, à l'état d'études, jetant, par cela même, une espèce de discrédit sur les idées qui avaient eu cours jusqu'à ce moment. Serait-il donc vrai qu'il fallût faire table rase des progrès réels que revendique l'art moderne et que l'expérience a sanctionnés? Serait-il donc vrai qu'il fallût reconstruire l'édifice de ces maladies sur de nouvelles bases? Telle n'est pas notre conviction, et la discussion ne nous a pas du tout ébranlé. Ce que nous avons vu de plus clair dans ces critiques rétrospectives, ce sont des attaques contre un homme, dont nous nous honorons d'avoir eu la collaboration à ce journal, contre Lisfranc, dont les doctrines étaient peut-être un peu exclusives, mais à qui on doit cependant beaucoup pour l'impulsion qu'il a imprimée à l'étude des maladies utérines, et pour les recherches nombreuses auxquelles il s'est livré à cet égard. Ces doctrines exclusives, nous ne les avons jamais adoptées que sous toute réserve; mais ce n'est pas une raison pour que nous venions ajouter notre faible voix à celle de tant de détracteurs posthumes. Nous allons plus loin, nous croyons encore ces doctrines, sinon défendables dans toute leur étendue, au moins acceptables dans leur plus grande partie.

Ce n'a pas été le côté le moins curieux, nous allions dire, le côté le moins instructif de cette discussion, que de voir un ancien élève de Lisfranc, celui-là même auquel il sauva la vie par une opération des plus hardies et des plus heureuses, venir renverser de fond en comble les doctrines de son maître. Et cependant, quelles étaient donc les doctrines effrayantes de Lisfranc, que tout le monde a répudiées, un peu probablement parce qu'on ne les avait pas présentes à la mémoire? Que nos lecteurs nous permettent de leur en présenter le résumé en peu de mots, tel qu'il a été exposé par M. Dubois.

Deux points dominent toute la doctrine de Lisfranc relativement aux affections utérines : l'engorgement et l'inflammation.

On sait quelle place importante Lisfranc avait donnée aux engorgements de l'utérus, et quelles distinctions il avait établies entre les altérations diverses qu'il comprenait sous cette dénomination. Le soin avec lequel il avait décrit les lésions apparentes de l'utérus, l'importance qu'il leur prêtait, les moyens d'investigation qu'il y appliquait et auxquels il attachait tant de prix, disent assez qu'à l'influence à peu près exclusive de ces lésions il rattachait la manifestation des ac-

cidents divers dont se composait la symptomatologie des maladies utérines. Evidemment il n'avait pas eu la pensée d'en placer, ni d'en indiquer la cause ailleurs que dans l'utérus et ses annexes. Les maladies étaient donc pour lui essentiellement locales. Il est néanmoins évident qu'il avait été frappé de la perturbation générale de la santé et des phénomènes pathologiques variés, le plus souvent nerveux, qui s'associent aux effets plus limités des lésions locales ; mais Lisfranc ne leur accordait, au point de vue de l'importance et du traitement, du moins dans presque tous les cas, qu'un rang évidemment secondaire.

D'une autre part, comme les modifications pathologiques qu'il désignait par l'expression d'engorgement donnaient au tissu de l'utérus plus d'épaisseur et de densité, et en augmentaient tout à la fois le poids et le volume, il lui paraissait naturel qu'elles produisissent l'abaissement ou la déviation de cet organe. Et telle était la relation de ces deux faits dans l'esprit de Lisfranc, que le sens de la déviation lui semblait infailliblement réglé par le siége particulier de l'engorgement : celui-ci était donc la cause, la déviation n'était que la conséquence.

Quel que fût le genre des engorgements, qu'ils fussent hypertrophiques, indurés, simples, tuberculeux ou indurés squirrheux, telles étaient les dénominations qu'il avait adoptées, il est incontestable que Lisfranc admettait comme la cause la plus commune de leur développement, l'inflammation à ses divers degrés. Suivant lui, quelques-unes de ces altérations subissaient la transformation cancéreuse, à laquelle elles étaient fatalement conduites par leur nature même ; les autres, que leur constitution primitive ne condamnait pas infailliblement à cette funeste dégénérescence, pouvaient la subir cependant et la subissaient en effet dans un assez grand nombre de cas par l'action persévérante et non combattue de la cause qui leur avait donné naissance.

Conséquent avec l'idée qu'il s'était faite de la part que l'engorgement prenait aux déviations de l'utérus, Lisfranc croyait que le meilleur moyen de corriger celles-ci était de dissiper l'engorgement utérin qui les avait produites. Conséquent avec ses idées sur l'origine le plus souvent phlegmasique des engorgements, et surtout entraîné par la pensée thérapeutique qui s'associait alors dans la plupart des esprits à celle d'un état inflammatoire quelconque, Lisfranc appliquait à presque tous les engorgements, sans distinction, le traitement antiphlogistique dont les émissions sanguines constituaient le moyen principal ; conséquent, enfin, avec la pensée de la transformation funeste des engorgements lorsqu'ils étaient abandonnés aux ressources impuissantes de la nature, il regardait le traitement préféré par lui comme le seul moyen de la prévenir.

A ces doctrines, conformes ou peu s'en faut aux saines données physiologiques et pathologiques, à ce qu'on observe si souvent vers d'autres organes, qu'a proposé de substituer M. Baud? Deux principes entièrement opposés : le premier, que presque toutes les maladies de la matrice sont sous l'influence d'un état général ; et par conséquent que l'état local ne doit être considéré que comme un état passif, un état secondaire ; le second, que les déviations doivent reprendre, dans la pathologie utérine, la place jusqu'ici occupée par les engorgements.

Le mémoire de M. Baud soulevait donc deux grandes questions : une question de pathologie générale et de pathogénie utérine; une question spéciale aux engorgements et aux déviations. Et d'abord les affections chroniques de l'utérus ne sont-elles que des phénomènes consécutifs d'une altération générale de la santé, ou constituent-elles au contraire un état pathologique local, sous l'influence duquel la santé générale est souvent troublée; ou, pour s'exprimer en termes plus explicites encore, lorsqu'une femme accuse des douleurs inguinales ou lombaires habituelles, une sensation incommode de pesanteur dans le vagin et se propageant assez souvent vers l'anus, un malaise ou une faiblesse générale indéfinissables, une sensibilité exagérée des organes génitaux externes, incommodités que la marche, la station, les mouvements d'une voiture augmentent presque toujours; lorsqu'à ces souffrances se joignent, comme circonstances concomitantes, un écoulement vaginal, muqueux ou purulent, une sensibilité anormale des parois utérines que la pression du doigt exagère instantanément, une rougeur ou une érosion de la portion vaginale du col utérin, un accroissement notable du volume et de la densité de l'utérus, et parfois une déviation de cet organe ; quelque significative que puisse paraître cette réunion de circonstances, y a-t-il lieu de se demander s'il faut ne voir dans cet ensemble de phénomènes que l'effet d'un vice général de la santé, qui doit être exclusivement combattu par des moyens thérapeutiques généraux, ou s'il faut au contraire n'y reconnaître que des lésions organiques qui requièrent exclusivement une médication locale? A Dieu ne plaise que nous voulions nier ce qu'il peut y avoir d'exagéré dans la tendance générale actuelle à chercher exclusivement, dans des lésions locales, l'expression de tout état pathologique. M. Gibert a montré, dans un mémoire intéressant publié dans ce journal (1), l'influence pathogénique de certaines diathèses, de la diathèse herpétique par exemple, et tout le parti qu'on peut tirer des moyens généraux dans le traitement des affections utérines. Mais, d'un autre côté, n'est-il pas vrai que dans l'immense majorité des cas, aussitôt que l'on a triomphé par des moyens locaux de

(1) Tome XXXIV, page 24.

la maladie locale, de l'engorgement, de l'ulcération, de la granulation, etc., ou bien lorsqu'on a relevé l'utérus déplacé à l'aide de moyens mécaniques, on voit cesser presque par enchantement tous les phénomènes généraux? Il est d'ailleurs un certain nombre de cas dans lesquels les lésions utérines se produisent sous l'influence d'une cause locale, et sont plus ou moins rapidement suivies de troubles fonctionnels généraux, et dans lesquels, malgré le traitement, la maladie se prolonge, la perturbation générale de la santé et l'ébranlement du système nerveux surtout deviennent si prédominants, qu'ils constituent bien plutôt alors la maladie que les lésions primitives. C'est dans ces cas qu'on voit des guérisons obtenues par des médications auxquelles les lésions des organes génitaux étaient restées presque tout à fait étrangères. Mais ce qui résulte évidemment de la discussion, c'est que ces cas-là ne sont pas à beaucoup près les plus nombreux.

Nous arrivons à la question des engorgements; c'est elle qui nous occupera principalement dans cet article; c'est elle aussi qui a fait presque tous les frais de la discussion, avec les déviations et les granulations de la cavité utérine. Nous reviendrons prochainement sur les déviations; quant aux granulations, nous avons inséré sur ce point un travail intéressant de M. Robert (1); nous n'y reviendrons pas aujourd'hui. M. Baud nie les engorgements, au moins comme maladie primitive, et pense qu'ils sont seulement consécutifs à une déviation, le résultat mécanique d'un déplacement, et même, dans ce cas, la conséquence d'un état général : ces opinions trouveront leur examen à propos des déviations; mais, avant tout, une question préjudicielle devait être résolue. Existe-t-il des engorgements? La question a été posée nettement par M. Velpeau; et cette proposition, après l'avoir résolue négativement pour le corps de l'utérus, l'honorable professeur l'a presque résolue de la même manière pour le col. Longtemps la discussion s'est égarée sur ce point, et lorsque MM. Roux, Huguier, Jobert, Hervez de Chégoin, Amussat, Récamier, Moreau, ont en précisé ce qu'ils entendaient par cette désignation, il s'est trouvé que toute la discussion avait roulé sur un malentendu. M. Velpeau s'était refusé à admettre dans le corps comme dans le col l'engorgement chronique, simple, essentiel, primitif, indépendant de toute autre lésion ou altération notable, étranger par exemple aux cancers, aux polypes, aux corps fibreux, aux kystes, aux tubercules, aux tumeurs de toute espèce, aux fongosités, aux granulations, aux ulcères, aux inflammations, etc., tandis que dans l'esprit de Lisfranc, comme pour tous ceux qui ont pris part à la discussion, l'engorgement se liait d'une manière

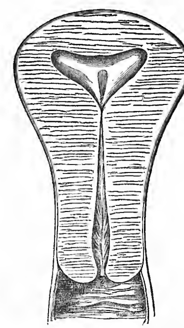
(1) Tome XXXI, page 344.

plus ou moins rapprochée à l'inflammation, et emportait l'idée d'un altération de structure, dont l'hypertrophie n'est qu'un des caractères. C'est ce que M. Huguier a parfaitement démontré en faisant voir dans l'engorgement l'augmentation de volume coïncidant avec un état d'induration ou de ramollissement du tissu ou de la muqueuse, avec la dilatation et le développement considérable des vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques.

Le résultat le plus important de cette discussion a donc été de mettre hors de doute l'existence d'engorgements utérins se liant, de près ou de loin, à un état phlegmasique, et pouvant occuper, quoi qu'en ait dit M. Velpeau, le corps et le col de l'utérus. Seulement, comme tout le monde l'avait écrit, il a été surabondamment démontré que les engorgements du col étaient incomparablement plus fréquents que ceux du corps. M. Huguier a donné, à ce sujet, une statistique intéressante ; sur 131 cas d'engorgement, 106 ou 80 pour cent avaient leur siége dans le col, 13 ou 10 pour cent dans le corps, et 8 ou 6 pour cent dans le corps et le col à la fois. Tout en n'acceptant ces données que comme des approximations, en pensant même que le nombre des cas d'engorgements complexes doit être plus considérable que ne l'indique cette statistique, nous ferons remarquer à M. Velpeau que c'est à tort qu'il a voulu en tirer quelque chose de favorable à la négation des engorgements du corps ; car 10 cas sur 100 présentent une proportion assez notable, tandis qu'en prenant, comme il l'a fait, le nombre des femmes examinées par M. Huguier (2,500), comme type de comparaison par rapport à la fréquence relative de ces engorgements, il s'est fait à plaisir une position des plus favorables.

Cette grande fréquence des engorgements du col et la rareté de leur propagation au corps même de l'organe mérite d'être prise en sérieuse considération, et nous croyons que nos lecteurs ne seront pas fâchés de connaître les circonstances qui peuvent expliquer cet isolement du corps et du col. Ainsi que M. Huguier l'a démontré par des pièces anatomiques, l'utérus n'est pas, comme on pourrait le croire, un organe simple ; il est composé de deux organes qui, bien que connexes et matériellement unis, n'en ont pas moins un mode de développement à part, une organisation essentiellement différente. A un mois de la vie intra-utérine, on peut reconnaître le col chez le fœtus ; on n'aperçoit pas encore le corps. A deux mois, le col est entièrement développé ; il a la forme, la couleur et presque la consistance qu'il aura plus tard. A cette époque, le corps n'est encore qu'une membrane diaphane, de forme triangulaire, se continuant par son sommet avec la base du col, ou plutôt avec son sommet ; car la portion vaginale est alors plus déve-

loppée que la portion utérine. A la naissance, le col est encore au moins trois fois aussi volumineux que le corps, et un rétrécissement circulaire très-prononcé le sépare de cette partie, qui a la forme d'un triangle à sommet renversé, et qui est comme pénétrée par le col lui-même. Ce rétrécissement primordial, ligne de démarcation entre le corps et le col, se conserve toute la vie et se traduit à l'intérieur par une espèce d'étranglement qui ferme l'orifice interne du col, et que l'on peut voir figuré dans la planche ci-jointe que nous empruntons à l'ouvrage de M. H. Bennet, en ajoutant cependant que l'artiste a représenté la cavité utérine de moitié trop petite. Du reste, la disposition isolée des fibres du col et la structure de la muqueuse de cette partie expliquent encore très-bien cette circonscription de la maladie dans l'une ou l'autre portion de l'organe.



Dans notre second article, qui sera consacré à l'étude des déviations, nous aurons à faire connaître les caractères à l'aide desquels on peut distinguer les engorgements du corps des inflexions en avant et en arrière, que la discussion a mis également hors de doute. Mais nous ne voulons pas quitter le sujet des engorgements sans jeter un coup d'œil général sur la thérapeutique de ces affections. Ici, comme nous l'avons dit, nous sommes presque exclusivement livré à nos propres forces ; mais nous prenons pour flambeau les principes qui nous ont toujours guidé dans les études thérapeutiques.

On a jeté un grand discrédit, dans ce débat, sur les émissions sanguines dont Lisfranc faisait un si grand emploi. Mais au lieu de s'attacher à combattre l'abus, que ne cherchait-on à en régler l'usage? Pourquoi ne pas transporter dans le domaine des affections utérines les principes qui règlent le traitement des autres phlegmasies? N'est-

il pas parfaitement démontré que l'on réussit d'autant mieux avec les émissions sanguines, que l'on est plus rapproché des accidents aigus ou d'une récidive de ces derniers accidents? N'est-il pas acquis à la science que les congestions sanguines menstruelles viennent ajouter une nouvelle activité aux affections utérines? Pourquoi donc rejeter les émissions sanguines d'une manière absolue? Pourquoi surtout ne pas tenir compte dans leur emploi, en même temps des phénomènes locaux et de l'état général des malades? Ne peut-on pas les employer hardiment chez des femmes pléthoriques, et s'en montrer au contraire très-sobre chez des femmes chlorotiques, anémiques et nerveuses? Si dans un cas les émissions sanguines ont réussi une première fois, pourquoi n'y pas revenir avec modération lorsque le besoin s'en fait sentir? On comprend que nous ne pouvons qu'indiquer le traitement, sans le préciser; mais le médecin, en usant de sa raison, et en observant attentivement sa malade, trouvera dans l'état général et local des indications précises qui le guideront avec sûreté.

Ce que nous avons dit des émissions sanguines, nous pouvons le dire des autres antiphlogistiques. Maintenant il arrive un moment dans les affections utérines, comme dans les autres maladies chroniques, où la résolution s'arrête et où, pour la faire avancer de nouveau, il faut stimuler énergiquement la nutrition. C'est de cette manière qu'agissent les bains froids, les douches froides, les résolutifs de tout genre (iodure de potassium, mercuriaux), administrés à l'intérieur ou employés à l'extérieur. C'est de la même manière qu'agissent les cautérisations superficielles ou profondes, en excitant un travail de dégorgement et de résolution, soit dans le lieu affecté, soit de proche en proche. C'est encore en agissant sur la nutrition générale et, par son intermédiaire, sur la nutrition de l'utérus que certains traitements généraux ont pu compter des succès dans des affections diathésiques de l'utérus; mais, encore une fois, on ne doit jamais perdre de vue l'état local, et ne jamais oublier surtout qu'en attaquant exclusivement les phénomènes généraux, on court le risque de prolonger indéfiniment le traitement.

Dans un prochain article nous exposerons ce que la discussion a fourni pour le traitement des déviations de l'utérus.

NOTE SUR UNE PLAIE DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE AVEC DIVISION DU CONDUIT LACRYMAL, GUÉRIE AU MOYEN DE LA SUTURE.

Par M. Désormeaux, chirurgien du bureau central.

Si les plaies de la paupière inférieure sont communes, si par conséquent les chirurgiens sont bien fixés sur la conduite à tenir en pareil

cas, il n'en est pas moins vrai qu'il est fort rare d'observer cette division compliquée de celle du conduit lacrymal. Nous avons donc pensé que nos lecteurs liraient avec intérêt l'observation suivante communiquée à l'Académie de médecine, qui offre un exemple de cette double division et du procédé à suivre en pareille circonstance. Maintenant nous laissons parler M. Désormeaux, à qui appartient cette intéressante communication.

Il est entré, le 16 octobre, dans le service dont j'étais chargé à l'Hôtel-Dieu, un homme qui avait à la paupière inférieure, du côté droit, une plaie avec division du conduit lacrymal. Cette plaie, résultat d'un coup reçu en se débattant contre un sergent-de-ville, commençait au bord de la paupière, entre le point lacrymal et la commissure interne, descendait verticalement jusqu'au niveau du rebord orbitaire, puis se portait en dehors, transformant ainsi la moitié de la paupière en un lambeau qui se renversait en dehors et en bas. D'après cette disposition, il était évident que le conduit lacrymal était divisé; je m'en assurai en introduisant par le point lacrymal un stylet d'Anel, qui ressortit dans la lèvre externe de la plaie.

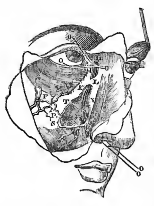
Lorsque je vis le malade pour la première fois, la blessure existait depuis trois jours sans avoir été pansée, et il était survenu un gonflement qui ne me permit pas de tenter la réunion. Je fis appliquer des cataplasmes et j'attendis quelques jours pour pratiquer l'opération suivante, dans le but de réunir les deux lèvres de la plaie, en conservant le conduit lacrymal.

Je commençai par passer une soie au moyen d'un stylet de Méjean, que je fis entrer par le point lacrymal et sortir dans la plaie, puis je cherchai dans la lèvre interne l'autre bout du conduit divisé par où j'introduisis le même stylet jusque dans le sac lacrymal; arrivé là, je ne pus pas la faire descendre dans le nez, et je l'amenai au dehors par une incision semblable à celle que l'on fait dans l'opération de la fistule lacrymale. Je laissai alors le stylet de Méjean, et je me servis du ressort de Pamard pour faire descendre dans le canal nasal et sortir par la narine le bout de la soie que j'avais amené au dehors par la plaie du sac. Ce séton ainsi placé, je réunis la plaie, préalablement rafraîchie, au moyen de deux points de suture séparés, placés l'un au-dessus, l'autre au-dessous du conduit. J'eus soin, en enfonçant mes aiguilles, de faire tendre le fil de soie, afin que les extrémités du conduit fussent mieux affrontées.

Le quatrième jour, j'enlevai les points de suture. La plaie était réunie jusqu'au-dessus du conduit. Sa partie supérieure présentait seulement un petit écartement. Depuis l'opération, j'ai continué à tirer

chaque jour un peu de la soie que j'ai laissée aussi longtemps pour m'opposer au resserrement de la cicatrice.

C'est à peine si les auteurs ont parlé de la section des conduits lacrymaux, et ils ne disent pas ce que l'on pourrait faire pour empêcher leur obstruction par le travail de cicatrisation. Ce silence me paraît tenir à la rareté de cette lésion. En effet, pour qu'elle ait lieu, il faut que la blessure porte entre le point lacrymal et le sac O, c'est-à-dire dans une étendue de 7 à 10 millimètres au plus, et sur un point protégé par les saillies osseuses du nez, du sourcil et de la pommette.



Si j'eusse simplement réuni la plaie, il est évident que le conduit aurait été oblitéré, les deux bouts ne se trouvant plus au même niveau; il ne me serait resté plus tard que la ressource d'imiter Monro en faisant un nouveau canal à l'aide d'une aiguille courbe, procédé défectueux et sur lequel on ne peut compter pour obtenir un résultat durable. Il valait mieux faire ce que l'on fait pour une plaie de l'urètre, maintenir la cavité du conduit pendant la cicatrisation de la plaie; c'est ce que j'ai fait.

Cette opération a quelque ressemblance avec le procédé de Louis pour la fistule du canal de Sténon, lorsque après avoir dilaté ce canal, on y laisse la mèche en faisant la suture de l'ouverture externe de la fistule. Mais dans le cas dont il s'agit, j'avais l'avantage de pouvoir faire passer le fil de part en part, tout en fermant la plaie, ce que l'on ne peut faire pour le canal de Sténon. Je pense cependant que, dans les plaies récentes de la joue divisant ce canal, on pourrait appliquer un procédé analogue à celui que j'ai employé, en introduisant dans les deux bouts une corde à boyaux ou un fil de plomb avant de faire la suture. Quoi qu'il en soit, je crois avoir employé pour la paupière un procédé nouveau, et que l'on devrait suivre si l'on avait à soigner une plaie de cette nature.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DE LA SANTONINE BRUNE.

Depuis longtemps déjà les journaux de médecine et de pharmacie entretiennent leurs lecteurs de la santonine, qu'ils présentent comme un remède excellent pour l'expulsion des vers intestinaux chez les enfants. Malgré cela, cette substance n'est pas ou presque pas employée en France. L'habitude qui porte les médecins français à employer de préférence le calomel, la mousse de Corse, l'absinthe marine, ou le semen-contra en nature, et surtout le prix élevé de la santonine sont les causes qui font que cette dernière substance, bien que remplissant le *tutò, citò et jucundè,* n'est point adoptée dans la pratique générale.

Un pharmacien d'Aurillac, M. Gaffard, a non pas levé la difficulté en faisant connaître un procédé propre à faire baisser de beaucoup le prix de la santonine pure, mais l'a tournée en proposant l'emploi d'un produit retiré du semen-contra, qui tient le milieu, pour les avantages et les inconvénients, entre ce dernier et la santonine pure, et qu'il nomme *santonine brune ou impure*. Voici comment il l'obtient.

On prend : semen-contra d'Alep, 100 grammes; sel de tartre, 30 gr. chaux éteinte tamisée, 15 gr; eau, 1 litre 1/2 à 2 litres. On met le tout sur le feu; on agite de temps en temps avec une spatule de bois; on porte à l'ébullition. On fait bouillir pendant une heure; on retire du feu; on passe au linge avec expression; on laisse reposer; on décante et on décompose par Q. S. d'acide chlorhydrique ou nitrique. (Il faut que le liquide rougisse le tournesol, mais ne soit pas sensiblement acide à la la langue.) On laisse reposer; on passe au filtre préalablement mouillé ou à travers une toile serrée, et on fait dessécher à l'air le produit qui reste sur le filtre, jusqu'à ce qu'il ait acquis la consistance de beurre ferme. Ce produit, qui est un mélange de santonine, de résine et d'huile essentielle, peut revêtir les formes pharmaceutiques que le praticien veut lui donner. Voici celle proposée par M. Gaffard comme la plus convenable :

Pastilles de santonine brune.

Santonine brune.................	12 grammes.
Sucre pulvérisé..................	430 —
Gomme pulvérisée................	50 —
Huile essentielle de citron...........	25 gouttes.

Mettez la santonine brune dans un mortier de marbre ; ajoutez peu à à peu, et en broyant, le sucre chargé de l'huile essentielle et la gomme, de manière à former une poudre homogène ; faites avec Q. S. d'eau

une masse de consistance voulue pour obtenir des tablettes du poids de 1 gr. après dessiccation, et dont chacune contiendra 25 milligr. ou un demi-grain de santonine brune. On peut colorer les pastilles au carmin.

On les dose de la manière suivante : au-dessous de six mois 1 pastille soir et matin ; de six mois à un an, 2 soir et matin ; de un à deux ans, 3 soir et matin ; de deux à quatre ans, 4 soir et matin ; de cinq ans et au-dessus, autant de pastilles, soir et matin, que l'enfant a d'années. On continue jusqu'à ce qu'on cesse d'obtenir des effets.

POMMADE CAMPHRÉE DE GOULARD.

Les Pharmacopées reproduisent plusieurs formules d'un praticien d'une génération médicale antérieure à la nôtre, qui paraît avoir été fort répandu, le docteur Goulard. Cependant, selon M. Chapoteau, pharmacien à Decize, il en est une, qu'en raison des bons effets qu'il en obtenait, Goulard employait beaucoup, et que les formulaires n'ont point enregistrée ; c'est celle de la pommade suivante :

Savon médicinal......................	400	grammes.
Eau distillée.........................	1000	—
Camphre...........................	48	—

On fait fondre au bain-marie le savon dans l'eau distillée, et on ajoute le camphre en poudre lorsque la solution est complète.

En frictions dans les douleurs rhumatismales. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE LA ROUGEOLE ÉPIDÉMIQUE ET DE SES COMPLICATIONS.

L'épidémie qui vient de s'éteindre dans notre ville nous a offert des exemples de rougeole anomale, d'autant plus intéressants, que les mêmes complications se rencontrent dans d'autres maladies exanthématiques, et divisent les observateurs sur leur nature, leur siége et leur traitement. En général, il n'est pas de maladie plus bénigne, d'éruption plus simple, plus facile que la rougeole dans les cas isolés ; mais lorsqu'elle se montre d'une façon épidémique, elle peut revêtir les mêmes formes, présenter des symptômes aussi graves que les fièvres miliaire, variolique, scarlatine et typhoïde. Dans la rougeole, le travail du centre à la périphérie est plus facile, l'épanchement du sang à la peau plus rapide. Ce sang ne se transforme pas en boutons, pour se décomposer en sérosité purulente, comme dans la variole. Pour que cette éruption s'opère, il n'est pas nécessaire de longues

transpirations, de sueurs acides provoquant des vésicules, comme dans la fièvre miliaire. Enfin il ne se répand pas aussi abondamment dans la muqueuse broncho-pulmonaire, comme il arrive dans la scarlatine. Mais les complications qui éclatent sont les mêmes que celles qu'on observe dans ces affections ; complications reconnaissant pour cause la difficulté de l'éruption, c'est-à-dire de l'épanchement de sang dans la peau et la muqueuse laryngo-pharyngienne ; l'insuffisance de cette éruption, son retard, son impossibilité, ou sa disparition. De là, les complications graves, mortelles, qui se rencontrent et que nous avons observées nombre de fois dans notre épidémie régnante. Si l'effet de ce travail physiologique est méconnu d'un grand nombre de médecins, il ne l'est pas du vulgaire ; de là, cette frayeur naturelle des parents lorsque l'éruption ne se fait pas, ou disparaît tout à coup, et cette explication si vraie de la cause de la mort : Mon enfant est mort d'une rougeole, d'une variole rentrée. C'est qu'en effet il faut, pour le retour à la santé, que s'opère à la peau, véritable émonctoire du sang, ce travail de la circulation, cette fluxion, cet engorgement général de tout le tissu épidermique, ainsi que des muqueuses de la tête et de la poitrine, travail quelquefois partiel, comme dans l'érysipèle, mais d'autant plus important qu'il sert à éliminer du sang ses principes délétères, à le rafraîchir, à le purger, si l'on peut appliquer ce mot, et à prévenir ainsi bien souvent des maladies qui résultent de son transport vers d'autres organes, où il détermine de la congestion, de l'irritation, des accidents inflammatoires, fréquents surtout dans ces maladies. Il est donc bien nécessaire que ce travail de la nature soit actif et complet, sans quoi, ce sang se reportant sur d'autres organes, d'autres maladies éclatent, d'autant plus graves que ces organes sont importants et très-promptement lésés. Ce travail morbide dans les maladies exanthématiques est tellement simple, vrai, rationnel, qu'il n'est pas possible, l'ayant observé une fois, de le mettre en doute. Cependant il est des médecins qui l'ignorent ou le méconnaissent et, dans tous ces symptômes inflammatoires, rapidement mortels s'ils ne sont combattus promptement, ne voient qu'une fièvre grave intermittente, en fait de complications que des accès, en fait de thérapeutique que le sulfate de quinine. Si l'on voit des névralgies présentant un caractère intermittent céder au sulfate de quinine, il peut bien arriver que ce caractère intermittent se présente dans toute autre maladie. Mais il n'est guère supposable que ce sel puisse être proposé comme l'antinévralgique par excellence. Quel médecin n'estimerait son rôle heureux et facile s'il n'avait, pour guérir des affections si graves, si compliquées, que quelques pilules de quinine à administrer ! Malheu-

reusement, il n'en est pas ainsi, et la thérapeutique à employer doit être aussi compliquée que la maladie à combattre.

Quand la rougeole est légère, le traitement doit être simple : le repos, la diète, les adoucissants, les délayants ; quelques infusions diaphorétiques. Encore faut-il, dans bien des cas, prévenir des accidents inhérents à la constitution du malade. S'il est d'un tempérament sanguin, on peut éviter la trop grande éruption de la face, dans la muqueuse des yeux, de la gorge, par des applications de moutarde aux jambes, aux bras, journellement répétées ; même par celle d'un vésicatoire. Est-il d'un tempérament lymphatique, ces moyens préviendront l'œdème des paupières, du nez, des lèvres, le développement des glandes, une éruption dartreuse, etc., ainsi que nous en avons vu plusieurs exemples. Après la guérison, et pour éviter ces accidents, un purgatif est nécessaire. Le choix du remède ne doit pas être indifférent dans cette maladie, comme dans toute autre ; ce doit être un purgatif salin. Il faut se garder de ces remèdes drastiques, véritables poisons incendiaires du tube digestif, pouvant faire éclater de graves symptômes, et même entraîner la mort, ainsi que nous en avons observé dans cette épidémie.

Quand la rougeole se charge de complications, elle exige les mêmes soins que les maladies mortelles ; les accidents nerveux et inflammatoires qui surgissent doivent être combattus à l'instant de leur apparition. Dans cette affection, comme dans tant d'autres, il arrive trop souvent que *serò medicina paratur*. De là, ces complications si difficiles à traiter, et que dans le principe il eût été si facile de prévenir. Ces accidents sont les mêmes que ceux des autres exanthèmes, aussi rapides, aussi dangereux : la congestion, l'inflammation, l'état typhoïde. Ils éclatent quand l'éruption est nulle, tardive, insuffisante, ou a disparu à la suite de refroidissement. Où va se passer le travail qui devait s'effectuer à la peau ? dans les organes internes. Où retourne le sang qui devait à la peau se changer en vésicules, se décomposer en sérosité, en pus ? dans le torrent de la circulation, pour congestionner ensuite ces organes. La fièvre redouble avec les frissons, la peau est sèche et brûlante, la face vultueuse, la respiration accélérée, la céphalalgie intense, le pouls fort et plein, et bientôt petit et dur ; cette fièvre peut s'appeler fièvre générale inflammatoire. Si elle n'est combattue, dès le lendemain, la céphalalgie peut se changer en méningo-encéphalite, l'engouement pulmonaire en pneumonie latente, et par-dessus tout l'état typhoïde ; mais quelquefois, et nous en avons observé plusieurs cas, la nature plus intelligente, plus médicatrice que l'art médical, amène rapidement, au secours du malade, ce que les

anciens appelaient une crise salutaire, une sueur abondante avec éruption, ou une perte de sang effrayant les parents, qui sont bientôt rassurés en voyant tous ces graves symptômes s'amender comme par enchantement. Nous en avons cité dans le temps plusieurs exemples ; mais nous n'avions jamais vu celui que nous allons rapporter, où la crise fut une hémoptysie abondante, chez une petite fille de sept ans. A cinq heures du matin, nous fûmes appelé en toute hâte pour cette enfant « qui vomissait tout son sang », c'est l'expression dont on se servit; la veille elle était encore allée à sa classe, fréquentée par d'autres petites filles qui avaient eu la rougeole ; le soir, ayant encore mangé, elle s'était couchée avec des brûlements dans l'estomac et dans la poitrine, de l'oppression, des maux de tête violents, une très-grande fièvre.

Vers le milieu de la nuit, prostration extrême, face vultueuse, parole nulle, état comateux. A notre arrivée, ces symptômes avaient disparu, après le vomissement de sang que nous évaluâmes à 400 grammes. On nous rapporta que depuis quinze jours l'enfant était couverte, le matin, de boutons rouges, qui rentraient après son lever, mais que la veille les boutons n'étaient pas sortis. Comme il y avait encore de l'oppression, de la gêne dans la respiration, de l'engouement dans les poumons ; comme d'un autre côté l'enfant était grosse et sanguine, sans être affaiblie par la perte de sang, nous appliquâmes six sangsues sur la poitrine, sinapismes aux jambes, vésicatoire au bras, infusions diaphorétiques. Le soir même, éruption de la rougeole; trois jours après convalescence. Ce fait n'est-il pas assez concluant? Peut-on nier le transport du sang vers les organes internes, quand dans une simple fièvre intermittente, il n'est pas rare de voir le foie ou la rate s'engorger? A ce sujet, nous nous rappelons avoir traité avec succès quelques cas de fièvres intermittentes invétérées, rebelles à l'antipériodique, à l'aide de sangsues ou ventouses sur la rate ou le foie, puis de frictions avec l'onguent napolitain. Si nos ancêtres n'avaient pas de grandes notions sur la pathologie des organes, au moins reconnaissaient-ils des maladies aiguës, sous le nom de fièvre inflammatoire, qu'ils traitaient comme telles, et ne considéraient-ils pas toujours l'estomac comme un alambic capable de distiller toute espèce de drogue aveuglément administrée.

D'après ces considérations, le traitement que nous avons toujours suivi avec succès est facilement tracé. Dès le principe, combattre l'élément inflammatoire partout où il peut porter son action, à la tête, à la poitrine, à l'abdomen ; plus tard, il ne serait plus temps. Une saignée, une application de sangsues, dans le début, n'a jamais de fâcheux in-

convénient. Employées à temps, elles abattent presque toujours les graves symptômes. Chez deux enfants de six et sept ans, un raptus sanguin s'était porté vers le cerveau, l'état ataxique avait succédé à l'état adynamique, il y avait symptômes de méningo-encéphalite et de fièvre typhoïde ; une saignée heureusement faite dissipa ces prodromes comme par enchantement. Avec les antiphlogistiques, les révulsifs, tels qu'un vésicatoire à un bras, à une jambe, sont d'un heureux effet. En même temps, les boissons émollientes, délayantes, rafraîchissantes, à haute dose (un litre et demi à deux litres dans les vingt-quatre heures); les sirops de gomme, d'écorce d'oranges, de quinquina dans de l'eau à la température de 15 à 18 degrés, de la limonade gazeuse, une infusion tiède de tilleul ou de feuilles d'oranger, d'hysope, prises à petite gorgée et alternativement. Quand le cerveau est menacé de l'état comateux, qu'il est congestionné, que cette congestion paralyse pour ainsi dire le pneumo-gastrique et le grand sympathique, le malade jeté dans la prostration est comme insensible, refusant de répondre et de boire, il est continuellement assoupi ; souvent même il dit qu'il va mieux ou qu'il n'a rien. C'est presque toujours un indice que des accidents graves sont menaçants, et qu'il ne faut pas attendre leur irruption pour les combattre. Combien de jeunes médecins se reposent imprudemment avec confiance sur de telles paroles ! Dans cet état ataxique, le tube digestif est inerte, le moral du malade frappé ; les boissons, il les prend machinalement ; s'il ne les rend pas, l'estomac et les intestins ne les digèrent pas ; de là l'inertie, la paralysie de ces organes ; de là, le météorisme qu'il faut empêcher. Rien de plus fâcheux que cet état, lié à une constipation opiniâtre, ainsi qu'il arrive presque toujours. Nous parvenons à le combattre par des frictions sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée, des cataplasmes de farine de lin très-chauds, des compresses d'alcool camphré, de teinture de quinquina, l'application de sinapismes ou d'un vésicatoire, enfin des lavements purgatifs répétés. Le météorisme cessant, les symptômes cérébraux tombent bien souvent. Si les révulsifs aident puissamment l'action des antiphlogistiques, les antispasmodiques sont, avec les premiers, d'un grand secours pour combattre les symptômes typhoïdes. Parmi ces médicaments, le musc nous a réussi admirablement dans différents cas, entre autres, chez un enfant de huit ans atteint de méningo-encéphalite avec symptômes tétaniques, et chez une femme de trente-cinq ans dans un état typhoïde, tous deux dans un état désespéré. Il est inutile d'ajouter que nous employons concurremment les antiphlogistiques et les révulsifs. Nous administrons le musc à la dose de 10 à 20 centigrammes dans les vingt-quatre

heures, associé à la teinture de castoréum, à l'eau distillée de tilleul, de laitue et au sirop d'écorce d'oranges. Telle est la médication que nous avons suivie avec succès dans ces graves maladies, et que nous conseillons à nos jeunes confrères auxquels nous nous adressons particulièrement. Enfin, il est un genre de thérapeutique qu'il n'est donné qu'à un petit nombre d'appliquer heureusement, et que les médecins en général négligent trop souvent, c'est la thérapeutique morale. Combien la tranquillité morale, l'espoir, la confiance n'aident-elles pas à la puissance des médicaments, à la force médicatrice de la nature! Combien de fois cette confiance dans le médecin n'a-t-elle pas prévenu des complications et amené une guérison prompte, inespérée! Le cerveau calme au milieu de l'orage fébrile ne sera point atteint, et conservera au malade tout son courage, toute son énergie; dégagé de toute inquiétude, il ne sera pas troublé par les idées noires qui passent et repassent sans cesse en lui; la circulation toujours libre, il ne sera pas appesanti par la congestion passive, et les accidents nerveux ne sauraient l'attaquer. Le malade prenant ses boissons avec plaisir et confiance, le canal intestinal en opérera facilement la digestion. Il aura repos et sommeil, et la paralysie des intestins ne sera pas à redouter, ou, si elle existe, se dissipera bientôt. Cette thérapeutique peut s'employer aussi, quoique bien difficilement, chez les enfants; chez eux, la douceur et la gaieté doivent être surtout les deux moyens en usage. Ils écouteront le médecin avec de telles paroles qui feront naître la tranquillité et l'obéissance, sans lesquelles bien souvent ils sont destinés à mourir victimes. Docteur Paris,

à Gray (Haute-Saône).

SUR LA FLAGELLATION THORACIQUE, COMME MOYEN DE DISTINGUER LA MORT APPARENTE DE LA MORT RÉELLE.

Depuis bien des années déjà on est à la recherche de signes certains propres à discerner la mort apparente de la mort réelle. Le travail de M. Bouchut a eu le mérite de rappeler l'attention sur cette importante question; il en a montré toutes les difficultés et toutes les incertitudes. Mais la solution qu'il en a donnée est-elle plus inattaquable que celles qu'on avait présentées avant lui? Déjà M. Brachet a publié des faits qui réduisent grandement la valeur du signe tiré de la persistance ou de l'absence des bruits du cœur; d'un autre côté, M. Ricord, en rapportant dans ce journal des observations de mort apparente causée par le chloroforme, a montré que ce nouvel agent pouvait entraîner la suspension momentanée des bruits du cœur sans qu'on puisse en conclure à la cessation définitive de l'existence, et que l'insufflation de bouche à bouche

constituait un moyen précieux pour ranimer la vie prête à s'éteindre. On peut donc admettre, jusqu'à démonstration contraire, qu'il n'y a pas encore d'autre signe absolument certain de la mort que la putréfaction; car la fermentation putride ne s'établit, ne s'opère, ne s'achève, dit Richerand, que dans les substances mortes. Mieux vaudrait d'ailleurs conserver pendant quelques jours de plus un homme dont la mort serait douteuse que de s'exposer à l'enterrer vivant.

La recherche des signes distinctifs de la mort apparente et de la mort réelle n'a donc pas encore conduit à des résultats bien concluants ; mais ce n'est pas une raison pour renoncer en pareil cas à l'emploi de moyens qui, s'ils ne constituent pas des signes distinctifs, n'en sont pas moins très-utiles, en ce qu'ils peuvent révéler une dernière lueur d'existence. Il serait trop long sans doute d'énumérer ici tous les moyens qui ont été proposés dans ce but. Tous n'ont pas d'ailleurs une efficacité bien certaine et bien constatée; mais je crois pouvoir ajouter à ceux déjà connus un moyen nouveau, qui n'a pas été employé, à ma connaissance, dans cette direction; je veux parler de la flagellation thoracique.

La flagellation thoracique s'adresse principalement à l'organe central de la circulation, *primum vivens*, *ultimum moriens*, comme a dit Haller. Elle consiste à battre, d'une manière uniforme et continue, pendant plusieurs quarts d'heure, la région du cœur avec un petit balai de millet, de crin ou de bois. Voici, au reste, dans quelles circonstances j'ai été conduit à faire usage de ce moyen.

En 1834, pendant que j'étais médecin en chef de l'hôpital de B..., le nommé Vesay, âgé de trente-huit ans, succomba pendant des accès de fièvre pernicieuse. Le décès paraissait certain; il avait déjà passé dix-huit heures à la salle des morts, quand, à mon grand étonnement, la religieuse de service me fit dire que le corps conservait un reste de chaleur. Inutilement secoué et ballotté, il ne dénotait aucun signe de vitalité. Des titillations sur la plante des pieds, des ventouses scarifiées sur les membres et sur la poitrine ne produisirent pas plus d'effet. En dernier ressort, je pratiquai la flagellation thoracique. Quelques instants après, je mis l'oreille sur la région du cœur, et je pus entendre les bruits circulatoires. La peau même était devenue presque moite et les membres flexibles. Je m'estimais heureux d'avoir rendu le jour à cet infortuné et de lui avoir épargné toutes les horreurs, toutes les tortures d'une inhumation pendant la vie; mais peu à peu cette lueur d'espoir dut céder à l'évidence des faits. Tout était redevenu silencieux et froid pour jamais.

On comprendra facilement le but que je me suis proposé en employant la flagellation thoracique chez cet individu; je me suis dit : si une étincelle de feu vital couve encore dans le cœur qui en est le

foyer et le réceptacle, cet organe continuellement percuté, mû par cette douce commotion, en harmonie avec ses mouvements de systole et de diastole, se remettra en exercice ; des contractions, des pulsations profondes, des frémissements fibrillaires pourront y être entendus à l'aide du stéthoscope ou de l'oreille, à travers les parois du thorax. L'événement a répondu en partie à mon attente ; dans le cas que j'ai cité, les battements du cœur sont devenus appréciables, et si la vie ne s'est pas ranimée, ce n'est pas à la méthode qu'il faut s'en prendre ; car c'est à l'aide de ce moyen que j'ai ranimé le nommé Gonthier, dit Bayoquet, dont j'ai rapporté ailleurs l'observation, et une vieille femme pendant le choléra de 1832 ; tous deux ont vécu plusieurs années encore.

En résumé, la flagellation thoracique constitue un moyen puissant de réveiller la vitalité du cœur ; je crois être utile à mes confrères, en la leur faisant connaître, convaincu que je suis que la pratique ne saurait compter de moyens trop nombreux pour scruter les cas de décès équivoques.

A. Michel, D. M.
à Avignon (Vaucluse).

BIBLIOGRAPHIE.

Œuvres de médecine pratique, par Chauffard, ancien médecin de l'hôpital des prisons et du lycée d'Avignon, officier de la Légion-d'Honneur, membre correspondant des Académies de médecine de Paris, de Turin, etc., 2 vol. in-8. (Chez J.-B. Baillière.)

Le nom de M. Chauffard n'était pas complétement inconnu dans la science, nous l'avons vu quelquefois cité comme celui d'un bon et laborieux observateur. Il eût bien fait de se contenter de cette demi-célébrité. Il ne l'a point voulu ; nous le regrettons sincèrement pour lui. En écrivant ce livre, M. Chauffard nous paraît avoir malheureusement suivi les mauvais conseils de cette passion qui le poussa, il y a quelque dix ans, à venir concourir pour une chaire à la Faculté de médecine de Paris. Il échoua dans cette tentative, comme cela devait être : son livre aura le même destin. Non, les prétentions d'une orgueilleuse personnalité ne sont pas la mesure des facultés de l'homme ; la modestie est un symptôme plus sûr. L'homme enivré de lui-même peut bien puiser dans cette exaltation factice de son intelligence une certaine vigueur apparente qui trompe des yeux inexercés, mais les connaisseurs ne sauraient s'y méprendre : ce sont là des spasmes, des secousses galvaniques ; ce n'est pas là de la force radicale. Si ces lignes tombent sous

les yeux du médecin d'Avignon, il les trouvera sévères, et il aura raison, car nous avons voulu qu'elles le fussent. Mais qu'il descende dans son intérieur, qu'il consulte sa conscience, et nous sommes bien sûr qu'il trouvera que nous avons diagnostiqué assez juste. D'ailleurs nous trouvons dans l'ouvrage même de M. Chauffard la justification de notre sévérité. Il nous a semblé trancher quelque peu du dictateur à l'égard de ses confrères : dans ce temps de confraternité universelle, cela jure. Avant de sanctionner le privilége nous avons dû examiner les titres ; nous l'avons fait. Maintenant exposons rapidement le plan de l'ouvrage de M. Chauffard, et justifions la critique qu'une juste sévérité a arrachée à notre indulgence habituelle.

Le plan de l'auteur est facile à exposer, car il n'en a point. Après avoir, dans le premier volume, traité, à la façon de Stoll, d'Hildebrand, etc., des constitutions médicales et des maladies régnantes des années 1831 et 1834, il parle longuement de la méningite cérébro-spinale ; puis il s'occupe tour à tour de l'ascite, de l'hydrothorax, des maladies vénériennes, des maladies aiguës des voies respiratoires, de l'emploi de la valériane dans l'épilepsie, de la strychnine dans la paralysie, des tumeurs articulaires, de l'abus des stupéfiants, et de l'application des ligatures dans les fièvres intermittentes, etc. Le second volume est moins chargé de matières : le premier chapitre est relatif à la fièvre inflammatoire ; le second traite de la fièvre bilieuse ; dans le troisième, sous la rubrique de fièvres putrides, il est question tout à la fois du typhus, de la fièvre pestilentielle, de la gastro-entérite, de la fièvre typhoïde ; le quatrième chapitre a trait à la fièvre maligne ; dans le cinquième, enfin, il est de nouveau question de la fièvre intermittente. Nous l'avons dit, ce plan n'en est pas un ; nous n'avons rien à en dire. Nous nous contenterons de faire observer, à cet égard, que dans l'intention de suivre les traditions de la grande école hippocratique, et pour ne point s'égarer dans cette pieuse direction, M. Chauffard semble s'être mis un bandeau sur les yeux, et n'avoir presque rien vu des grands résultats dus aux observateurs modernes. Un véritable savant, surtout quand ce savant est un médecin, ne doit demander à la vérité ni son âge, ni son pays ; il doit l'accepter d'où qu'elle vienne. La médecine n'est point une science de fantaisie ; ses dogmes, ses prescriptions impliquent au plus haut degré l'intérêt de l'humanité, et il n'est point permis de jouer avec une chose si grave.

Parmi les nombreuses questions qu'agite le médecin d'Avignon, il en est sans doute un bon nombre qui manquent d'une solution complète ; mais à défaut de cette solution, il est des solutions partielles que la raison ne peut s'empêcher d'accepter, et qui guident le praticien dans

les applications de la science. Il en est ainsi, par exemple, de la fièvre typhoïde. Est-ce qu'à cet égard il est permis à un esprit droit de faire de la fièvre putride ou adynamique, de la fièvre ataxique et de la fièvre muqueuse, de la fièvre bilieuse, quand elle n'est point une simple diacrèse éphémère qu'emporte un émétique, autant d'identités morbides, d'essences nosologiques différentes ? Non certainement. Nous ne rappellerons point ici à M. Chauffard le vulgaire argument tiré de l'identité des lésions anatomiques, des prodromes, de certains symptômes spécifiques. Nous nous contenterons de lui demander s'il n'a jamais observé d'épidémies de fièvre typhoïde. Or, s'il en a observé, n'a-t-il donc point vu que sous l'influence d'une même constitution médicale, d'une cause identique par conséquent, la maladie consiste là dans une fièvre ataxique, ici dans une fièvre adynamique, ailleurs dans une fièvre bilieuse ou muqueuse? Ce ne sont donc là que des formes sous la mobilité desquelles se cache une identité morbide.

Encore un mot là-dessus à l'adresse particulière de l'auteur. Il y a longtemps que M. Chauffard fait de la médecine ; il peut à ce titre demander à sa vieille expérience des enseignements dont nous autres plus nouveaux venus dans la science sommes malheureusement privés. Or, qu'il passe en revue, par la pensée, les individus qu'à une époque ou l'autre de sa vie il a vus atteints de fièvre ataxique, adynamique, putride, muqueuse, bilieuse, et qu'il nous dise si ceux-là ne traversent point impunément les épidémies de fièvre typhoïde? cela ne prouve-t-il pas que ces maladies sont identiques, et qu'une atteinte de la maladie, sous l'une ou sous l'autre de ces formes, préserve aussi sûrement et même plus sûrement d'une autre atteinte, que la vaccine préserve de la variole. En serait-il ainsi, s'il n'y avait identité dans ces maladies? La variole préserve-t-elle de la scarlatine, et celle-ci de la fièvre miliaire?

Nous ferons la même remarque sur l'ignorance systématique que semble affecter M. Chauffard sur les découvertes des observateurs modernes à l'endroit de l'ascite, de l'hydrothorax, et d'autres hydropisies. Qu'au point de vue de la nosologie on range ces maladies dans un cadre spécial, on a raison, car l'hydropisie considérée d'une manière générale est une affection parfaitement définie, et qui, dans certains cas déterminés, commande une thérapeutique commune : mais qu'on s'immobilise dans ce point de vue restreint, et qu'on ne remonte point aux lésions soit mécaniques, soit humorales, soit vitales, qui entraînent ces suffusions, ces hémorrhagies séreuses, allions-nous presque dire, c'est d'un observantisme indéfinissable, ou d'une ignorance qui touche au mépris d'un devoir sacré. En suivant cette voie fatale, on confond l'hydrothorax symptomatique d'une maladie du cœur avec une pleurésie

chronique, une ascite dépendant d'une maladie des reins avec l'ascite déterminée par une cachexie paludéenne, par une tumeur abdominale, par une maladie du foie, etc. Dira-t-on, pour justifier cette confusion, que la détermination de ces lésions antérieures à la formation de l'hydropisie en a peu avancé la thérapeutique ? Mais à supposer, ce qui n'est pas, qu'il n'y eût rien à répondre à cette objection, nous nous contenterions de faire observer au médecin d'Avignon que la science est l'œuvre du temps, *filia temporis*, et que ce n'est pas un moyen d'édifier celle-ci, que de commencer par rejeter les bases sur lesquelles elle doit se développer dans l'avenir. Point de fanatisme pour le présent, c'est bien ; mais pas de culte aveugle pour le passé, c'est de la superstition. *Per medium tutissimus ibis.*

De même encore à propos de la pneumonie, dans laquelle, pour le dire en passant, l'auteur ne nous semble pas user des méthodes d'exploration moderne en homme qui en a compris l'importance, M. Chauffard n'a point de confiance dans l'emploi du tartre stibié suivant la méthode italienne : en vérité c'est là une assertion qui nuit bien plus à celui qui l'émet qu'à la médication à laquelle elle s'adresse. En revanche, M. Chauffard rend une complète justice à la saignée dans cette maladie ; il ne se borne même pas ici à vanter cette médication d'une manière générale, tout le monde est d'accord là-dessus, mais il montre avec raison qu'on peut user de la saignée dans la pneumonie à une période avancée de la maladie, et cela au grand avantage des patients. Il y a encore ici un hors-d'œuvre que l'auteur eût pu garder dans ses cartons, c'est à savoir ce qu'il dit de l'inefficacité des simples saignées locales dans la pneumonie. C'est un peu découvrir les tours de Notre-Dame.

Ailleurs nous trouvons des idées saines exprimées sur l'utilité des saignées révulsives, mais dans ce chapitre même nous avons saisi une erreur de diagnotic par suite de laquelle on prend une paralysie faciale pour une paralysie symptomatique d'une hémorrhagie cérébrale; puis une fausse appréciation de l'efficacité des saignées révulsives, en attribuant à ces saignées la cessation d'une épilepsie chez un enfant livré à la masturbation, et chez lequel la cessation des accidents coïncide avec la cessation de cette habitude funeste. Enfin nous ne doutons pas que si l'auteur a guéri tant de croups à la faveur de saignées même révulsives, c'est que ces croups étaient tout simplement de faux croups ; M. Chauffard a été ici la dupe de ces généreuses inspirations qui, dans les maladies presque incurables, nous persuadent facilement que nous avons atteint un but ardemment désiré.

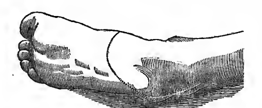
L'utilité du mercure dans les maladies vénériennes est mal appré-

ciée, et l'auteur nous semble ignorer que l'iodure de potassium ne déploie sa véritable efficacité que dans les symptômes tertiaires de la syphilis. En revanche, nous avons lu quelque part dans son livre une très-belle observation sur un cas de choléra sporadique chez un enfant; là M. Chauffard s'est montré praticien habile : nous n'avons pas été aussi heureux dans un cas semblable, et nous regrettons de n'avoir pas connu plus tôt la méthode aussi ingénieuse que hardie suivant laquelle il a employé l'opium dans cette circonstance. Nous ne pousserons pas plus loin cette analyse : pourtant nous ne pouvons nous empêcher de dire, en finissant, un mot du style de l'auteur. Ce style est trop coloré, trop métaphorique : un vêtement plus simple sied mieux à la vérité dans les sciences. L'auteur a surtout un faible malheureux pour les antithèses. Voici une de ces phrases : « La tête s'échauffe, le malade parle beaucoup et pisse peu. » Ce n'est point là de la simplicité, monsieur Chauffard, c'est de la trivialité. Tenez, je suis bien sûr que Perdulcis, Maistral, Abraham de la Framboisière, fort bonnêtes gens qui nous étaient tout à fait inconnus, et que vous nous révélez à propos de questions où vous auriez pu vous appuyer sur des autorités plus graves, ne se permettaient pas de telles fantaisies en matière de style.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AMPUTATION TIBIO-TARSIENNE (*Nouveau procédé d'*). Malgré les succès obtenus par Sedillière, Brasdor et Rossi, la presque impossibilité où étaient les opérés, qui avaient subi l'amputation tibio-tarsienne, de s'appuyer sur l'extrémité du moignon et de marcher, avait fait rejeter cette amputation par presque tous les chirurgiens. Cependant Lisfranc, Velpeau et M. Malgaigne avaient souvent témoigné le regret de l'oubli dans lequel elle était laissée. M. Velpeau avait proposé une méthode d'opérer à lambeaux latéraux, et M. Malgaigne avait signalé la possibilité de tailler un lambeau plantaire, lorsque M. Baudens, par sa méthode à lambeau dorsal, et surtout M. Syme, d'Edimbourg, et M. Jules Roux, de Toulon, ont rendu à cette opération la place qu'elle n'eût dû jamais perdre. On sait que M. Syme et M. Jules Roux, de Toulon, taillent un lambeau plantaire. M. Syme taille ce lambeau à l'aide d'une incision qui s'étend d'une malléole à l'autre, en passant transversalement sur la plante du pied. M. Jules Roux a modifié le procédé de M. Syme, en ce sens que, au lieu de tailler un lambeau postérieur, comme le chirurgien écossais, il taille un lambeau latéral. L'honorable chirurgien d'Edimbourg vient de modifier notablement son procédé, en le rapprochant de celui de M. Jules Roux. Ainsi, il s'est assuré qu'il n'était pas nécessaire d'étendre aussi loin en avant l'incision sur la plante du pied; que l'on pouvait éviter en partie la dissection si laborieuse des téguments qui recouvrent le calcanéum, dissection dans laquelle on intéressait souvent les vaisseaux situés à la base du lambeau. Voici le nouveau procédé auquel M. Syme s'est arrêté, procédé qui se rapproche à beaucoup d'égards, comme nous l'avons dit, de celui de M. Jules Roux, et de celui plus récent de M. Sédillot, de Strasbourg. On verra que, dans le procédé de M. Sédillot, les incisions se font dans un sens inverse de celles de M. Syme. *Pied droit :* le malade

couché sur le côté droit, le pied et l'articulation faisant saillie en dehors de la table, ayant le bord interne tourné en haut, le chirurgien plonge la pointe du couteau sur la ligne médiane de la face postérieure du cou-de-pied, au niveau de l'articulation ; dirige ensuite l'incision obliquement en bas, à travers le tendon d'Achille, jusqu'au bord externe de la face plantaire du talon, sur lequel il continue le lambeau dans une di-



rection semi-lunaire. L'incision forme donc une courbe sur la plante du pied, et vient aboutir au côté interne du tendon tibial antérieur, à un pouce au-devant de la malléole interne. Quant à la seconde incision,



elle se pratique sur la face externe du cou-de-pied, suivant une direction semi-lunaire ; elle est destinée à réunir les extrémités de la première incision : sa convexité est dirigée en bas ; elle passe à demi-pouce au-dessous de la malléole externe. Il ne reste plus qu'à disséquer le lambeau, en ayant bien soin de raser les os avec le couteau, de manière à conserver toutes les parties molles. En saisissant la base du lambeau entre les doigts et le pouce, à mesure qu'on le détache des os, on ne court aucun risque d'intéresser l'artère. L'articulation du cou-de-pied, mise à nu, est ouverte sans difficulté ; à l'aide d'un trait de scie, on pratique la résection des deux malléoles. Dans ce dernier temps de l'opération, il faut prendre garde à ne pas couper l'artère. Même procédé au pied gauche ; seulement le malade étant couché sur le côté gauche, l'ordre des incisions est renversé ; la première est pratiquée sur la face externe du pied ; on ouvre l'articulation et l'on taille le lambeau de dedans en dehors. Cette opération a été pratiquée cinq fois avec un plein succès par MM. Mackensie et Maclagan. Cependant, comme cela est arrivé quelquefois dans les amputations de ce genre, il y a eu dans un cas de la difficulté dans l'écoulement du pus : dans une autre une partie du lambeau s'est gangrénée ; mais ces accidents n'ont pas nui au résultat définitif. (*Monthly Journal*, octobre 1849.)

CARIE DENTAIRE (*Nouvel amalgame pour obturer la*). Un dentiste distingué, M. Evans, vient de publier la composition d'un amalgame qui paraît supérieur à ceux actuellement mis en usage. Cet amalgame se compose d'étain chimiquement pur, de cadmium en petite quantité, et de mercure. (La proportion de ce dernier métal doit être suffisante pour donner une plasticité convenable à ce mélange.) L'amalgame acquiert en quelques minutes une dureté assez grande pour lui permettre de résister à l'action des aliments et des corps étrangers ; mais ce qui en forme la supériorité, c'est qu'il a une couleur blanchâtre, qui ne brunit pas pendant son séjour dans la dent cariée, et qu'il acquiert sous le brunissoir un lustre métallique semblable à celui de l'étain pur, de sorte qu'il n'altère en aucune façon la coloration de la dent. En-

fin, un autre avantage, qui n'est pas à dédaigner, c'est qu'il se laisse couper facilement par l'instrument tranchant, et peut être facilement extrait de la cavité cariée de la dent, tandis que la plupart des amalgames sont d'une dureté extrême. (*The Lancet* et *Répert. de pharmacie*, novembre 1849.)

CŒUR (*Sur le traitement des hydropisies consécutives aux affections organiques du*). Les épanchements séreux sont une des conséquences habituelles des affections organiques du cœur, à une certaine période de leur développement. C'est par leur influence que la mort est accélérée dans un très-grand nombre de cas, si même ils ne la déterminent pas directement dans certaines circonstances, ainsi qu'on le voit pour l'hydrothorax et l'œdème pulmonaire, qui amènent la mort par asphyxie; pour l'épanchement du péricarde, qui peut entraîner une syncope mortelle; pour l'apoplexie séreuse, conséquence plus rare, mais cependant réelle des affections organiques du cœur. Il est un point que l'on ne doit pas perdre de vue dans le traitement de ces maladies, c'est que l'apparition des hydropisies marque toujours une période avancée et un danger imminent. En effet, s'il est des cas dans lesquels on a vu des malades, ayant eu une hydropisie consécutive à une maladie du cœur, guérir de cette hydropisie et conserver pendant de longues années un état de santé supportable, il n'est pas douteux que le plus grand nombre conserve une fâcheuse tendance à la reproduction de l'hydropisie; que celle-ci présente chaque fois plus de difficulté à disparaître, et qu'il arrive un moment où elle devient un état habituel, et un danger imminent pour le malade. Les efforts du médecin doivent donc être dirigés vers les moyens de prévenir l'hydropisie dans les affections du cœur. Nul doute que, tant que la lésion organique est récente, tant qu'on la croit susceptible d'amélioration, on doit l'attaquer directement, soit par des émissions sanguines locales et générales, dont il faut cependant se montrer assez sobre, soit par des révulsifs, des vésicatoires, des cautères, des sétons, dans l'emploi desquels on peut persévérer plus que dans l'emploi des antiphlogistiques. On recommandera la diète, une alimentation végétale, quelques diurétiques, les boissons émollientes, le repos; en un mot, on évitera tout ce qui est de nature à accélérer la circulation. Si la lésion organique, au contraire, est arrivée à une époque où l'on ne peut compter ni sur une guérison, ni sur une amélioration, par l'emploi des moyens directs, c'est contre la suffusion séreuse que l'on doit principalement diriger le traitement. La dépression de la circulation et l'hydrohémie étant des conditions très-fréquentes de son développement, et la diminution de la sécrétion urinaire le signe de son imminence, on devra veiller à l'entretien de cette fonction, et empêcher tout ce qui peut tendre à la débilitation et à l'hydrohémie. Il en résulte que le régime du malade doit être nutritif plutôt que débilitant. La nourriture animale est d'une grande utilité, ainsi que les toniques, pris toutefois avec modération. Par contre, les efforts, la locomotion rapide, les émotions morales doivent être évitées avec soin, de même que l'influence des variations atmosphériques. A côté du régime, il faut veiller à éviter le développement des lésions secondaires, telles, par exemple, que l'engorgement du foie. Dans ce but, on peut avoir recours, s'il y a lieu, à l'emploi des purgatifs salins ou mercuriels, des premiers surtout, que l'on doit préférer chaque fois que l'on doit revenir souvent à l'emploi des purgatifs. Il importe également de combattre avec la plus grande promptitude les inflammations intermittentes, en particulier celles du cœur et du poumon. Ici vient se placer la recommandation des saignées générales, auxquelles on fera succéder promptement les émissions sanguines locales, les révulsifs, les vésicatoires, etc. On y joindra de bonne heure l'usage des purgatifs et des diurétiques. Car il ne faut pas oublier que les efforts du praticien doivent tendre à empêcher le développement de l'hydropisie, et à entretenir par conséquent une sécrétion séreuse. Enfin, si la suffusion séreuse est opérée, on doit tendre, par tous les moyens, à en obtenir la résorption. Dans cette circonstance, les émissions sanguines ne doivent être employées qu'avec une grande modération, et dans le cas d'asphyxie imminente; car elles

augmentent l'hydrohémie, sans profit pour l'altération organique, et ne procurent qu'un soulagement peu durable. On doit ensuite recourir à l'emploi des purgatifs, notamment des purgatifs salins, préférables aux diurétiques à cause de la promptitude de leur action. Les diurétiques, au contraire, sont préférables chaque fois que l'on n'est pas pressé par les événements; à eux seuls, ils diminuent la suffusion séreuse et l'hydrohémie, sans soustraire des principes essentiels à l'organisme et sans affaiblir considérablement. Les piqûres pratiquées sur les membres distendus, avec des aiguilles fines cannelées, rendent encore des services, en calmant les douleurs produites par la distension de la peau, et en empêchant que celle-ci soit frappée de sphacèle. (*Thèses de Strasbourg.*)

COQUELUCHE (*Nouvelle formule d'un sirop contre la*). Nous avons signalé, il y a peu de temps, les bons effets du café dans la coqueluche. C'est probablement le travail de M. Guyot qui a suggéré à M. Delayes l'idée de la formule suivante, que nous devons recommander à nos lecteurs, car elle réunit deux conditions précieuses : facilité d'administration et efficacité incontestable.

Pr. Café torréfié 50 grammes. Traiter par déplacement au moyen de l'eau bouillante, de manière à obtenir 1,000 grammes de liqueur.

Faites dissoudre dans cette liqueur : extraits alcooliques de belladone et d'ipécacuanha, de chaque 10 grammes.

Ajoutez, sucre 2,000 gram.; faites fondre au bain-marie et filtrez.

Depuis quelque temps, ce praticien a employé ce sirop avec un plein succès chez des enfants qui avaient été traités par tous les moyens connus et qui n'avaient obtenu aucun soulagement. Le plus souvent ce sirop a été donné à la dose de 15 gr. le matin, autant à midi, et 30 gram. le soir, au moment du coucher, dans deux cuillerées d'eau chaude, pour les enfants de trois à cinq ans; moitié pour les enfants au-dessous de cet âge. (*Répertoire de pharmacie*, novembre 1849.)

COXALGIE (*Bons effets des mercuriaux dans le traitement de la*). Il est vraiment regrettable que la question thérapeutique des mercuriaux n'ait pas été étudiée d'une manière plus attentive par les médecins français. En effet, même en faisant la part de l'engouement pour une médication que les Anglais considèrent presque comme nationale, il est impossible qu'un assentiment aussi unanime ne soit le résultat que d'un parti pris, et que l'expérience n'eût pas fait justice, à la longue, de ces croyances, si elles n'eussent reposé sur des faits. Déjà, en France, on est à peu près d'accord pour admettre que l'emploi des mercuriaux jouit d'une certaine efficacité dans le traitement des maladies des séreuses, surtout lorsqu'ils sont associés aux émissions sanguines. Mais, ce qui est vrai pour les inflammations du péritoine et du péricarde ne le serait-il pas aussi pour les inflammations des autres séreuses, des séreuses articulaires par exemple ? Il y a peu de temps encore, nous faisions connaître les bons effets du calomel dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ; pourquoi l'inflammation d'une seule articulation ne serait-elle pas traitée aussi avantageusement par les mercuriaux ? Un chirurgien irlandais, O'Beirne, est un des premiers qui ait appelé l'attention de ses confrères sur l'utilité des mercuriaux dans les maladies des articulations, principalement dans les tumeurs blanches. En Irlande, cette pratique est devenue presque générale; et M. Bellingham a fait, à ce sujet, à la Société de chirurgie d'Irlande, une communication très-intéressante. Suivant ce médecin, c'est dans la première période des maladies articulaires, de la coxalgie en particulier, qui a été surtout l'objet de ses recherches, qu'on peut attendre de bons résultats des mercuriaux. Seulement M. Bellingham ne les emploie pas seuls : il se sert, en même temps, des émissions sanguines locales, mais seulement pour calmer les accidents aigus. Dans les observations rapportées par ce médecin, nous voyons d'abord le fait d'un garçon de douze ans, affecté, depuis quatre semaines seulement, de coxalgie, présentant, entre autres symptômes, un allongement apparent du membre malade, un effacement du pli de la fesse correspondant, une espèce de plénitude de la région inguinale, de la douleur à la pression et dans la marche. On lui fit appliquer des ventouses autour de l'articulation,

de manière à retirer environ six onces de sang. On le soumit à l'usage des pilules bleues (25 centigrammes par jour en trois fois). On revint encore deux fois aux émissions sanguines. Vingt ou vingt-cinq jours après le commencement du traitement, les gencives commencèrent à se prendre légèrement, et l'haleine devint mercurielle. On diminua la quantité de mercure. Ce traitement, joint au repos absolu au lit, amena une guérison complète en moins de deux mois. De même chez une petite fille de sept ans, qui présentait les symptômes de la première période de la coxalgie, deux applications de ventouses et l'administration de mercuriaux à l'intérieur furent suivies d'une guérison parfaite, en un mois et demi. Enfin, en un troisième cas, chez un jeune homme de vingt-deux ans, chez lequel la coxalgie était plus prononcée encore que dans les cas précédents, trois saignées locales, l'administration du calomel á l'intérieur, à la dose de 15 à 30 centigrammes par jour, amenèrent la guérison, en un peu plus d'un mois. — La facilité avec laquelle les enfants supportent le calomel doit nous faire recommander à nos confrères l'essai de cette médication dans la coxalgie. Les émissions sanguines réussissent peu chez eux; et quant aux vésicatoires, ils déterminent une vive agitation, qui en fait perdre, en grande partie, les avantages. Les mercuriaux, le calomel en particulier, ne présentent aucun de ces inconvénients. (*Dublin medical press.*)

FIÈVRES INTERMITTENTES *et affections rhumatismales* (*Formule d'un élixir aloético-fébrifuge contre les*). Dans le but d'éviter les inconvénients que présente quelquefois le sulfate de quinine dans son emploi thérapeutique et d'en conserver les avantages, M. Récamier le prescrit de la manière suivante:

Pr.	Aloès succotrin en poudre........	6 grammes.
	Myrrhe choisie...	6 grammes.
	Rhum......	150 grammes.
	Alcool à 32°......	20 grammes.

Faites macérer pendant vingt-quatre heures; filtrez ensuite, et dans la liqueur, faites dissoudre:

Sulfate de quinine. 6 grammes.

Ajoutez avec:

Acide sulfurique, quantité suffisante, c'est-à-dire... 25 à 30 gouttes.

Ajoutez, enfin:

Laudanum de Sydenham........ 6 grammes.

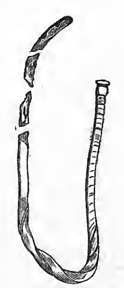
La dose de cet élixir est d'une cuillerée à bouche pour les adultes et d'une cuillerée à café pour les enfants. Après chaque prise, le malade doit se tenir chaudement et rester au moins deux heures sans rien boire. En ajoutant à cet élixir 4 gr. de bulbes de colchique pulvérisés, il devient, suivant M. Récamier, assez avantageux dans le traitement des affections rhumatismales. (*Revue médicale*, octobre 1849.)

GROSSESSE (*Note sur un cas de tympanite utérine* (*physométrie*) *simulant la*). L'accumulation des gaz dans l'utérus se relie plus généralement à l'état puerpéral, à la décomposition de parties d'œufs avortés, comme des portions de placenta, des fragments de caillots de sang retenus par le resserrement du col, qu'à des états complétement étrangers à la grossesse. Cependant quelques cas de pneumatoses idiopathiques ont été observés, et comme ces faits sont fort rares, nous devons consigner le suivant que rapporte M. Pollet. « Une femme, déjà mère de quatre enfants, dont le dernier est âgé de deux ans, d'une santé habituellement bonne, se disant enceinte de six mois, vint me prier de lui pratiquer une saignée d'usage qu'elle avait coutume d'avoir à pareille époque de la grossesse. Le ventre était développé comme il l'est au sixième mois; il y avait suppression des règles, et la femme assurait sentir les mouvements du fœtus. Je pratiquai la saignée qui me semblait du reste indiquée par quelques signes de pléthore générale. Je ne revis plus la femme jusqu'au moment de l'accouchement, auquel je fus invité d'assister pour tirer la sage-femme de l'embarras dans lequel elle se trouvait, à cause de circonstances particulières qui accompagnaient le travail. La grossesse, dont les trois derniers mois s'étaient passés sans accidents, était arrivée à terme. Les premières douleurs dataient depuis onze heures environ. Au toucher, je fus surpris de trouver un col flasque, présentant les lèvres effacées et légèrement entr'ouvertes, et de ne pouvoir

atteindre à aucune partie de l'enfant. La matrice s'étendait au delà de l'ombilic ; elle était très-sensible à la pression; je ne pus, par le palper abdominal, rendu très-difficile à cause des douleurs qu'il occasionnait, rien découvrir relativement à la position de l'enfant. Je négligeai de chercher le ballottement et de recourir à l'auscultation. Après une heure d'attente, je procédai à une seconde exploration; le résultat fut négatif. L'état de la mère était très-satisfaisant. Les douleurs se succédaient rapidement, elles devenaient de plus en plus vives. Je me disposais à faire de nouvelles explorations, lorsque, sous l'influence de deux douleurs qui avaient tout le caractère expulsif, le ventre s'affaissa tout à coup et complétement. Aucune espèce de bruit, aucune odeur, aucun produit apparent ne vint nous avertir de cette sorte d'éructation utéro-vaginale ; l'affaissement subit du ventre et le retrait de la matrice qui revint à peu près complétement sur elle-même, sont les seuls phénomènes sensibles qui vinrent mettre fin à une tympanite utérine que j'avais prise pour une véritable grossesse. Avant de terminer cette note, je dois faire observer que les mamelles étaient prises d'un gonflement manifeste, avec excrétion de lymphe laiteuse, que les règles ont été supprimées pendant tout le temps de la grossesse apparente, et que l'évacuation si subite des gaz renfermés dans la matrice a été suivie d'un écoulement leucorrhéïque peu abondant. » De pareils mécomptes n'ont aucune gravité sous le point de vue médical; mais comme ils peuvent devenir préjudiciables à la réputation d'un accoucheur, nous nous étonnons que notre honorable confrère n'ait pas dit un mot des moyens de diagnostic qui peuvent sauver d'une semblable méprise. A ce titre, nous croyons devoir rappeler la valeur de la percussion dans ces circonstances. Tant que l'utérus reste caché dans la cavité pelvienne, l'affection peut être méconnue; mais plus tard, sa résonnance semblable à celle de la tympanite intestinale, sa légèreté, jointe à l'absence des signes positifs que fournit la présence du fœtus, doivent éclairer sur la nature du développement de l'utérus. (*Annal. de la Soc. de Roulers*, 7me livrais., 1849.)

GUTTA-PERCHA (*Sur le danger d'employer des bougies et des sondes de*). Depuis l'introduction du gutta-percha en Europe, on a cherché à en étendre l'emploi à la chirurgie. Ainsi, on a fabriqué avec cette substance des attelles susceptibles de se mouler sur un membre malade, des spéculums, des tubes de diverses natures, des sondes, des bougies, etc. La propriété précieuse que possède cette substance de se ramollir dans l'eau tiède, jointe à son prix peu élevé, la recommande à l'attention des chirurgiens. Toutefois, à mesure que l'usage de ces instruments s'est répandu, on n'a pas tardé à reconnaître qu'ils offraient des inconvénients en certaines circonstances : ainsi le gutta-percha, quand il est maintenu en contact avec la peau pendant un certain temps, détermine une irritation assez vive. Cette irritation est encore plus marquée lorsque cette substance est en rapport avec une muqueuse, comme cela a lieu pour les sondes et pour les bougies. Mais là n'est pas le seul inconvénient de cette nouvelle substance. Par la manière dont on fabrique les sondes et les bougies de gutta- percha, ces instruments peuvent être la source d'inconvénients, même de véritables dangers. En effet, pour fabriquer une sonde en gutta-percha, on prend une lame de cette substance, d'un pouce de large et d'une longueur suffisante ; on roule cette lame autour d'un stylet; et pour faire adhérer les bords, on expose le tout à une chaleur modérée. On comprend que si on donne à cette sonde une impulsion dans une direction unique, les bords de la lame de gutta-percha se pressent et se maintiennent naturellement ; mais si elle se courbe dans des directions contraires, à moins que l'adhérence ne soit intime, la lame de gutta-percha se déroule, et la chaleur du corps facilite encore cette séparation. M. Hawkins, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, a vu récemment une sonde de gutta-percha, qui s'était entièrement déroulée, et qu'il a pu retirer sans rupture. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement. Il y a en ce moment dans les hôpitaux de Londres deux malades chez lesquels ce déroulement de la sonde a eu lieu, et chez lesquels il est resté dans la vessie une portion de l'instrument. L'un d'eux, âgé de cinquante-huit

ans, atteint de rétention partielle d'urine, causée par l'engorgement de la prostate, eut l'idée malheureuse de substituer aux sondes de gomme élastique, dont il se servait habituellement, une sonde en gutta-percha. En voulant retirer cette sonde, elle se brisa dans l'urètre, et quatre pouces environ de l'instrument restèrent dans la vessie. En pratiquant le cathétérisme, on reconnut effectivement que le fragment de sonde occupait le côté gauche du bas-fond de la vessie. M. Hewett commença par endormir le malade avec le chloroforme, puis il introduisit un petit lithotriteur dans la vessie. L'introduction de cet instrument ne fut pas sans difficulté, à cause d'un rétrécissement de la portion membraneuse de l'urètre. Il trouva l'instrument dans la même position où il l'avait d'abord rencontré, dans le côté gauche du bas-fond de la vessie. Il le saisit et l'entraîna dans l'urètre; mais arrivé à la portion membraneuse, le fragment se brisa de nouveau, et l'on ne retira qu'un demi-pouce de la sonde, couvert de matière calcaire. M. Hewett introduisit alors une paire de pinces urétrales droites, et alla saisir le corps



étranger, qui se brisa de nouveau. Cependant il parvint à extraire encore un pouce du fragment. Une nouvelle introduction de la pince urétrale permit d'extraire le reste. Le malade sentit un peu de douleur pendant l'opération; des envies fréquentes d'uriner pendant un jour ou deux, mais pas d'autre accident; seulement la rétention d'urine est plus intense et oblige à l'emploi répété de la sonde. (*London medical Gazette*, octobre 1849.)

HYDROPISIES *consécutives aux fièvres intermittentes* (*De l'emploi de la graine de moutarde noire dans le traitement des*). Si la cherté toujours croissante des préparations de quinquina a fait recourir, depuis quelque temps, à plusieurs autres remèdes dans le traitement des fièvres intermittentes, il ne doit paraître aucunement étonnant, dit M. Van Rhyn, qu'on cherche aussi à leur substituer d'autres agents thérapeutiques dans les maladies qui succèdent aux fièvres d'accès. Les engorgements viscéraux et les épanchements séreux qui entravent si souvent la guérison définitive des fébricitants réclament, en effet, une dépense de quinquina ou de quinine beaucoup plus considérable que la fièvre elle-même; il est donc au moins aussi important, au point de vue économique, de posséder des moyens pouvant remplacer le quinquina et ses dérivés dans ces circonstances. Ayant pratiqué longtemps dans une contrée où les fièvres paludéennes sont les maladies dominantes, j'ai appris à connaître un traitement qui m'a réussi si souvent dans les hydropisies qui leur succèdent, que je crois pouvoir le conseiller en toute confiance à mes collègues. Ce traitement consiste dans l'emploi de la graine de moutarde noire. Voici de quelle manière j'en fais usage : je fais bouillir, en vase clos, une à deux onces de graines de moutarde, grossièrement pulvérisées, dans un litre de petit-lait ou de vieille bière. Aux premiers bouillons, la décoction est passée et le malade la prend par verrées, de manière à l'épuiser en un ou deux jours. Administrée de la manière et à la dose qui viennent d'être indiquées, la moutarde ne trouble guère les fonctions digestives; elle ne provoque ni vomissements ni diarrhée; seulement elle

agit avec une grande énergie sur la sécrétion urinaire. Cette action se montre si puissante, que souvent elle dissipe en peu de jours les collections et les infiltrations séreuses les plus prononcées. Je ne dirige pas ce traitement contre la fièvre même, c'est-à dire contre les accès qui la constituent, mais exclusivement contre l'œdème, l'ascite, ou l'anasarque qui en sont la suite. Il est donc toujours nécessaire, si les accès se font sentir encore, de recourir préalablement à l'usage de fébrifuges convenables. Une remarque que je crois utile de faire encore, c'est que, pour obtenir de l'emploi de la moutarde des résultats avantageux, il est nécessaire que le malade n'offre aucun symptôme inflammatoire. Je puis affirmer avoir traité avec succès, de la manière que je viens de dire, plus de deux cents malades. Je ne rapporterai ici aucune observation particulière, parce que quelques faits isolés ne prouveraient rien, et qu'il serait fastidieux d'en exposer un grand nombre. Mais, je le répète, le moyen que je préconise m'a été d'une utilité si marquée et si constante, que je ne puis point douter du résultat qu'en obtiendront tous ceux qui sont en position d'en faire une application convenable et fréquente. (*Annales de la Société de Roulers*, 8me livrais., 1849.)

NITRATE DE POTASSE (*Mode d'action thérapeutique du*). C'est une question bien souvent agitée que celle de savoir quel est le mode d'action intime de ces médicaments désignés sous le nom d'altérants, parce qu'ils semblent agir en détruisant la force plastique du sang, en atténuant la tonicité des solides et des liquides. De tout temps, on a pensé que ces médicaments devaient exercer primitivement leur action sur le liquide sanguin; mais de quelle nature est l'altération subie par le liquide circulatoire? voilà ce qu'on ignore, et ce que pourront éclairer les expériences de M. Lofler. Ce médecin a fait, sur lui-même et sur cinq personnes qui ont bien voulu s'y soumettre, des expérimentations avec le nitrate de potasse. Chacun des expérimentateurs a pris graduellement de 4 à 80 grammes de ce sel, par jour, en divisant les doses en cinq fois, et en faisant dissoudre le sel dans un peu d'eau, additionnée d'un peu de mucilage. La quantité entière de sel, prise par chaque expérimentateur, a varié de 100 à 150 grammes. Après huit ou dix jours de l'emploi de ce médicament, chaque expérimentateur se fit faire une saignée. Le sang avait subi une altération très-notable; il avait la couleur et la densité du jus de groseille; il se coagulait très-rapidement, présentait une augmentation dans la quantité d'eau, et une diminution correspondante dans les matériaux solides. Le caillot était moins ferme et moins élastique. Les globules sanguins étaient pâles, et et les globules incolores étaient en très-grand nombre. D'un autre côté, les symptômes éprouvés par les expérimentateurs étaient les suivants: faiblesse générale, répulsion pour tout exercice corporel ou intellectuel; fatigue, affaissement du moral; brisement des membres; disposition continuelle au sommeil; pouls lent et faible. Ce dernier symptôme se montre à partir du second ou troisième jour, et devient de plus en plus marqué, de telle sorte que, à la fin de l'expérimentation, il y avait quelquefois une diminution de vingt pulsations. Il fallut huit ou dix jours pour que le pouls remontât à sa fréquence et à sa force normales. La face était pâle et amaigrie; cependant l'appétit se conserva, et la digestion ne fut pas troublée, si ce n'est que, de temps en temps, à la constipation succédait un effet purgatif. Les expérimentateurs n'offrirent rien de particulier du côté des voies urinaires, et la diurèse fut loin d'être observée chez tous. Ce dernier fait avait été remarqué dans quelques cas d'empoisonnement par le nitrate de potasse. On voit, par les expériences précédentes, que ce n'est pas à tort que le nitrate de potasse a été rangé dans les altérants, et par ses effets secondaires, parmi les antiphlogistiques. Son action sur le sang qu'il appauvrit si notablement, et sur les contractions du cœur qu'il ralentit et affaiblit, rend compte des bons effets obtenus de ce médicament, dans les cas où le sang présente des caractères inflammatoires très-prononcés, principalement dans le rhumatisme articulaire aigu. (*Dublin medical press.*)

PNEUMONIE *pendant la grossesse* (*Nouveau cas de*), *traité avec succès par le tartre stibié à haute*

dose. Le petit nombre de faits cités dans le travail que nous avons publié de M. Mazade nous engage à mettre sous les yeux de nos lecteurs le cas suivant rapporté par M. Habrand. « La femme G..., âgée de trente ans, d'une constitution délicate, était parvenue au sixième mois de la grossesse, lorsqu'elle fut atteinte, le 4 mai 1848, d'une pleuro-pneumonie du côté droit. Ce ne fut que le 7 mai, quatre jours après l'invasion de la maladie, que ce médecin fut appelé auprès de cette malade. Il y avait point de côté, dyspnée excessive, toux, crachats visqueux et rouillés, râle crépitant dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. Le pouls donnait 120 pulsations par minute; la soif était vive, la langue saburrale; le ventre n'était point douloureux à la pression, et il ne se passait rien d'anormal du côté de l'utérus. Je pratiquai, ce jour-là, deux saignées : le sang était couenneux et le caillot sans consistance. Après la seconde saignée, la malade était si faible que, n'osant insister sur les émissions sanguines, M. H. prescrivit une potion contenant 40 centigrammes de tartre stibié, à prendre une cuillerée d'heure en heure. A la quatrième cuillerée, il y eut des vomissements qui se reproduisirent, par intervalles, pendant quelques heures, et au moyen desquels cinq vers lombrics furent expulsés. Enfin, les vomissements cessèrent et furent remplacés par une légère diarrhée. Le lendemain, le pouls était descendu à 90 pulsations, la dyspnée avait considérablement diminué, et la résolution de la pleuro-pneumonie commençait. Malgré les secousses violentes et répétées du vomissement, il ne se manifesta aucun signe de contraction utérine. Au bout de quelques jours, la malade était convalescente; elle accoucha heureusement, au terme naturel de la grossesse, d'un enfant bien portant et bien développé. » Ce fait, on le voit, vient confirmer les conclusions formulées par M. Mazade. Nous ferons une seule remarque, c'est que dans ces circonstances particulières on aurait pu diminuer de moitié la dose de l'émétique, puis, afin d'en assurer la tolérance, ajouter à la potion 20 à 25 grammes de sirop diacode. (*Revue méd.-chirurg.*, novembre 1849.)

SULFATE DE QUININE (*Sur l'action physiologique du*). Il est bien remarquable que, malgré les nombreux travaux qui ont été faits sur l'emploi du sulfate de quinine, on ne soit pas encore fixé sur son action physiologique. Combien de médecins pensent encore que le sulfate de quinine est un agent excitant, stimulant, susceptible de déterminer des congestions sanguines dans les organes intérieurs! Cependant tout le monde a pu apprécier son action dépressive sur la circulation, soit dans le traitement des fièvres intermittentes, soit dans celui du rhumatisme articulaire aigu. Non-seulement le sulfate de quinine peut être pris pendant longtemps à une dose assez élevée sans accidents sérieux, mais encore les accidents qu'il détermine après un certain temps ne sont pas des phénomènes de congestion, mais bien au contraire des phénomènes dépressifs. Ainsi, M. le docteur Favier a pris, en douze jours, 18 grammes de sulfate de quinine, en commençant d'abord par 4 décigrammes, et en doublant la dose tous les trois jours. Les trois premières doses n'ont produit d'autre effet notable qu'une diminution sensible dans le nombre des pulsations, et une certaine activité dans les fonctions nutritives; les trois suivantes, qui étaient de 8 décigrammes, agirent encore sur le pouls, dont elles diminuèrent la force et la fréquence. De temps à autre, il survint des bourdonnements d'oreilles et de fréquents besoins de manger. Les doses suivantes agirent en augmentant de plus en plus la faiblesse du pouls, le trouble des idées, la somnolence, le bourdonnement d'oreilles, surtout la faiblesse, qui devint telle que l'expérimentateur pouvait à peine se tenir debout. L'expérience terminée, il lui fallut six ou huit jours pour reprendre ses forces musculaires. Du reste, M. Favier cite dans sa thèse, à laquelle nous avons emprunté ses expérimentations, de nombreux cas de fièvre inflammatoire, d'inflammation de poitrine, de pneumonie, de pleurésie, de pleuro-pneumonie, de gastrite, de gastro-entérite, de dysenterie, de fièvre typhoïde, dans lesquels le sulfate de quinine, donné à une dose de 1 à 2 grammes par jour, non-seulement n'a pas produit de phénomène congestif, mais a

réduit, au contraire, de beaucoup les phénomènes inflammatoires. Nous en concluons, sans adopter d'une manière absolue les idées de l'auteur relativement au traitement de ces maladies, qu'à la dose de 1 à 2 grammes, le sulfate de quinine peut être employé dans quelque maladie que ce soit, toutes les fois qu'une indication précise s'en fait sentir, et sans qu'on ait à redouter le développement de phénomènes congestifs. (*Thèses de Montpellier.*)

VARIÉTÉS.

—

Le choléra a définitivement quitté la capitale. Depuis près de trois semaines il n'y a pas eu un seul décès cholérique en ville, et tout au plus s'il y a eu, à de longs intervalles, quelques cas de choléra parmi les malades des hôpitaux. Les nouvelles que nous recevons des départements nous apprennent que presque sur tous les points l'épidémie est en voie de disparition. Deux de nos plus grandes villes de la France, Bordeaux et Brest, ont cependant éprouvé une recrudescence grave dans la dernière quinzaine : à Bordeaux surtout le choléra, qui était presque éteint, a reparu avec une grave intensité dans les quartiers populeux; en quelques jours, la mortalité a atteint le chiffre de 50, 60 et 70 décès par jour. Cependant, depuis ces derniers jours, il y a eu une diminution sensible, qui permet d'espérer la terminaison prochaine de l'épidémie.

A l'étranger, la marche du choléra continue à être décroissante. A Londres, dans la dernière semaine, il n'y a eu que huit décès cholériques; en Italie, les progrès de la maladie s'arrêtent presque partout, et, à l'exception de quelques cas de choléra dans les villes du littoral des Etats romains, cette portion de l'Italie est restée jusqu'ici en dehors de la marche du fléau. En Algérie, les choses ne sont pas aussi favorables, quoique presque partout la maladie paraisse en voie de rapide décroissance. La ville d'Oran est celle qui a été le plus cruellement éprouvée; il est mort, dans un seul jour, 228 personnes. Les populations indigènes en souffrent au moins autant que nos braves soldats. La profession médicale n'a que trop payé son tribut au fléau. M. le docteur Poullain, M. Hennequin, chirurgien-major au 2e spahis; M. le docteur Goerdop, médecin principal; M. le docteur J.-H. Jacquot, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Arzew, sont noblement tombés sur le champ de bataille du dévouement.

Dans notre dernier numéro, en rendant compte de la séance de rentrée de la Faculté, nous n'avons pu, gêné par l'espace, reproduire aucun des discours prononcés; cependant il est un passage du discours de M. Bérard, concernant les réformes médicales, que nous aurions voulu citer. Son intérêt d'actualité n'ayant point disparu, nous allons combler cette lacune.
« .... Il est d'autres devoirs sur la satisfaction desquels un doyen de Faculté doit aspirer à exercer une légitime influence : ils se rapportent à l'enseignement et à l'exercice de la médecine.

« Que de fois, depuis vingt-cinq ans, n'a-t-on pas dit que nos institutions médicales ne répondaient ni aux intérêts généraux de la société, ni aux intérêts particuliers des médecins ! Que de fois n'a-t-on pas dû ajourner des espérances que l'annonce d'une révision prochaine de ces institutions a fait naître ! Que de délibérations dans les congrès médicaux, les Académies, les Ecoles préparatoires, les Associations médicales, les Facultés !

Que de savants rapports qui sont allés s'enfouir dans les bureaux! Que de projets de loi qui n'ont point abouti ! Le moment semble s'approcher enfin où ces délais trouveront un terme.

« Si les doyens des Facultés ne sont pas appelés à voter cette loi, objet d'une si longue attente, ils sont consultés du moins pour en préparer les éléments. Sur les questions qui touchent à l'enseignement et à la pratique de la médecine, les opinions de la Faculté sont connues. La publicité officielle qui leur a été donnée me dispense de les rappeler ici et de montrer leur heureuse conformité avec celles que venait d'exprimer l'élite des médecins français réunis à Paris dans le mémorable Congrès de 1846. Croyez, messieurs, que je ne déserterai la défense d'aucun des principes tutélaires qui furent proclamés alors, et qu'avait trop légèrement sacrifiés la Chambre des pairs. Je combattrai pour la cause sacrée du concours, dont vous venez d'entendre l'éloquente apologie, et que menacent encore les mêmes adversaires, sous les coups desquels il a momentanément succombé. Je demanderai à la loi de protéger les praticiens honnêtes contre cette plaie hideuse de notre profession, le charlatanisme, qui couvre nos murailles de ses sales affiches, et nos feuilles périodiques de ses annonces mensongères. Etranger depuis longtemps à la pratique civile, je ne puis éprouver aucun préjudice personnel de ces manœuvres que la législation actuelle ne saurait ni réprimer ni punir. Mon intervention ici sera donc désintéressée. Elle ne le sera pas moins sur les deux ordres de médecins en France. Président des jurys médicaux, je demanderai leur suppression.

« Je sais, et je le déplore, je sais que la suppression du second ordre portera un coup funeste à nos Ecoles préparatoires de médecine, si dignes d'intérêt par les services qu'elles rendent et le personnel qui les compose; mais j'ai l'espoir que certaines compensations leur rendront la viabilité que cette mesure leur enlève. Sorti moi-même d'une de ces écoles, je n'ai point oublié les moyens d'instruction que j'y ai rencontrés, et au sentiment de reconnaissance qui me fait désirer leur maintien, se joint chez moi la conscience de leur utilité.

« Encore une fois, sur les points que je viens de toucher et sur beaucoup d'autres, la Faculté a déjà manifesté ses vues. La révolution de Février et le texte de la Constitution, qui proclame la *liberté de l'enseignement*, ont fait surgir des questions nouvelles. Devançant, à certains égards, les prescriptions de la loi, la Faculté a depuis longtemps ouvert ses amphithéâtres à l'enseignement libre qui y a pris un développement remarquable. L'anatomie y compte plusieurs professeurs; la physiologie expérimentale y est démontrée. De jeunes docteurs y exercent les élèves à la pratique des opérations chirurgicales. Des cours sur la médecine proprement dite et sur plusieurs branches spéciales de l'art de guérir y doublent ou y complètent l'enseignement de la Faculté. Quelles entraves a-t-on mises à cette forme de l'enseignement libre? Aucune, messieurs. Tout individu muni du diplôme est encore admis aujourd'hui à donner des leçons sur ce qu'il sait ou croit savoir. Parfois même on a oublié d'insister sur la justification du diplôme, et quelques-uns se sont faits professeurs qui n'avaient pas cessé d'être élèves. On se demande, en présence de ces faits, si la loi qui doit réglementer l'enseignement libre de la médecine peut lui offrir des libertés nouvelles, et s'il n'y a pas plutôt lieu de craindre qu'elle ne diminue son essor?

« De nos jours, et torturant peut-être le texte de la Constitution, certains esprits se montrent cependant plus exigeants. La *scholarité*, la *collation des grades*, voilà le terrain sur lequel ils se placent, et d'où ils réclament, pour l'enseignement libre, des priviléges qui leur seraient peut-être contestés. Messieurs, le diplôme français est tenu en singulière estime dans toutes les parties du monde, et de toutes les parties du monde nous voyons accourir dans nos écoles des hommes désireux de se perfectionner dans l'art de guérir. Si tous ne suivent pas, chez nous, la carrière complète du doctorat, tous sont jaloux de produire aux yeux de leurs compatriotes le certificat ou l'inscription qui atteste leur séjour dans une Faculté française.

« A quoi tient cet hommage unanime rendu à notre pays? A ce qu'une forte scholarité pour les élèves, une certaine exigence de la part des examinateurs, ont fait monter plus haut, chez nous que partout ailleurs, le niveau des études médicales. Voudriez-vous porter la hache sur de telles institutions? Oh! non, messieurs; perfectionnons-les, mais ne les détruisons pas... »

L'Hôtel-Dieu est sur le point de disparaître. Le préfet de la Seine, M. Berger, a conçu, dit-on, le projet de transporter l'Hôtel-Dieu loin de l'incommode emplacement qu'il occupe depuis tant de siècles, au clos Saint-Lazare, dans les bâtiments encore inoccupés du nouvel hospice, auquel on avait donné le nom du roi Louis-Philippe, et qu'on appelle aujourd'hui l'hôpital de la République. Pour ne pas enlever à la population pauvre des arrondissements de Paris les plus voisins de la Cité l'asile et les secours immédiats qu'elle trouve de temps immémorial à l'Hôtel-Dieu, l'autorité municipale y maintiendrait une centaine de lits sur les huit cents que cet hôpital renferme aujourd'hui. Il entre dans la pensée du préfet de la Seine d'abattre la plus grande partie des bâtiments de l'Hôtel-Dieu, et d'élargir ainsi considérablement les abords de la cathédrale, pour faire ressortir dans tout son éclat sa belle restauration extérieure, et ouvrir en même temps au quartier de la rive gauche de spacieuses communications avec les chemins de fer d'Orléans et de Lyon. Peut-être conviendrait-il de laisser un plus grand nombre de lits dans les bâtiments de la rive gauche, pour conserver les cliniques médicales et chirurgicales qui ont fait à l'hôtel-Dieu une réputation européenne.

Le concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante à la Faculté de médecine de Paris, est en pleine activité. La question à traiter par écrit a été la suivante: « Apprécier la valeur relative des divers moyens de réunion des plaies après les opérations chirurgicales. »

Le nouveau ministre de l'agriculture et du commerce, M. Dumas, vient de marquer son entrée aux affaires par deux mesures importantes qui touchent à deux grandes questions d'hygiène publique et de thérapeutique. Il vient d'établir près de son ministère deux Commissions, l'une pour l'examen et l'étude des moyens de créer à Paris et dans les grands centres de population des lavoirs et des bains publics, avec le concours de l'Etat, des départements, des communes et des particuliers; l'autre pour étudier les moyens de créer et d'établir au siége même des établissements ther-

maux, une clinique destinée à propager de plus en plus la connaissance et l'emploi des eaux minérales. Dans la lettre qu'il a adressée sur ce dernier point au Comité d'hygiène, le ministre invite le Comité à lui indiquer: 1° les grands établissements qui, par leur importance et les qualités spéciales de leurs eaux, présentent à l'étude le plus d'intérêt; 2° le nombre d'élèves qu'il conviendrait d'attacher à chaque établissement, la durée qu'il faudrait donner à ces études et les obligations qu'il faudrait leur imposer; enfin les instructions et les devoirs à prescrire à MM. les inspecteurs chargés désormais du service des cliniques... Pourquoi faut-il que dans de pareilles mesures nous ne puissions tout approuver et que nous soyons forcés d'élever la voix pour réclamer contre l'interdit dont le corps médical a été frappé dans une de ces Commissions, et contre l'accusation que M. le ministre a fait peser sur nos confrères à propos de la deuxième question! Comment M. Dumas, professeur à la Faculté de médecine, médecin lui-même, n'a-t-il pas fait entrer un seul médecin dans une Commission chargée d'étudier la question des bains publics? Comment surtout M. Dumas a-t-il pu faire aux médecins le reproche grave de ne pas apprécier les services que l'art de guérir peut emprunter aux eaux minérales? La meilleure preuve que les médecins en apprécient fort bien les services n'est-elle pas que ce sont eux et eux seuls qui les rendent florissantes en y envoyant leurs malades?

Depuis la nouvelle invasion du choléra, les ports d'Italie rivalisent de précautions exagérées, ridicules. A l'apparition du choléra à Paris, Naples a mis les provenances de France en quarantaine. Gênes, Livourne, ont suivi cet exemple contre Marseille; puis les divers ports d'Italie ont repoussé réciproquement leurs provenances. Porto-Ferrajo, Bastia, Civita-Vecchia sont repoussés de Gênes, de Livourne et de Naples. Naples, à son tour, vient d'être mis à l'index par Livourne. Et cependant Civita-Vecchia, occupé par les Français, admet toutes les provenances en libre pratique, sans qu'il y ait eu autre chose que quelques cas isolés de choléra. Ce qu'il y a de plus déplorable dans les mesures sanitaires prises en Italie, c'est qu'elles sont décidées le plus souvent par la cupidité des administrations spéciales, dont les agents de tous grades moissonnent des gratifications assez fortes sur les bâtiments mis en quarantaine.

Un rapport présenté par M. Combes à l'Académie des sciences vient de rappeler l'attention de l'Académie sur la question de la fabrication de la céruse. La Commission académique a été étudier, dans des fabriques situées aux environs de Lille, les procédés nouveaux de fabrication, et elle a conclu, d'après ce qu'elle a vu sur les lieux, que cette fabrication ne constitue pas une industrie insalubre, pourvu qu'on mette en pratique les précautions convenables.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

QUELQUES REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DU VOMISSEMENT NERVEUX.

Par le docteur Padioleau.

Que de fois, en présence des difficultés nombreuses qui surgissent à chaque pas dans l'exercice de la médecine, ne nous est-il pas arrivé de regretter que les médecins éclairés qui, grâce à leur longue pratique, ont su recueillir tant de faits intéressants, ne nous aient pas mis plus souvent à même de profiter du fruit de leur expérience! A en juger par la Clinique médicale du professeur Andral, rédigée sous les yeux de M. Lerminier, quel intérêt n'offrirait pas un recueil de faits puisés dans la pratique privée de M. Récamier, par exemple, et rassemblés sous la direction de cet habile praticien! Voilà les réflexions qui nous sont venues à la lecture du travail intéressant du docteur Valleix sur le vomissement nerveux. Que de succès, en effet, M. Récamier n'a-t-il pas obtenus des affusions fraîches dans les vomissements qui résistent avec tant d'opiniâtreté à tout l'arsenal de la matière médicale!

En voici un exemple, entre plusieurs que je pourrais citer, et que j'ai recueillis sous la direction de cet excellent maître, dont les bontés pour moi ont toujours été inépuisables.

Obs. I. *Vomissement nerveux guéri par les affusions.*—Mme M..., atteinte depuis longtemps de vomissements incessants, était visitée à Paris par plusieurs médecins dont l'habileté ne saurait être mise en doute. Or, tels avaient été les progrès du mal, que le corps de la malade était complétement émacié. Le visage était pâle, et la faiblesse portée à un point tel que la malade pouvait à peine soulever la tête de dessus l'oreiller; l'estomac ne supportait, pour ainsi dire, rien, et la déglutition d'une cuillerée à café de bouillon était suivie de douleurs atroces. Des vomissements de matières noirâtres, survenus vers la fin de la maladie, avaient fait diagnostiquer une affection cancéreuse de l'estomac; les médecins étaient convaincus qu'une mort prochaine devait mettre fin aux souffrances de leur cliente.

Appelé sur ces entrefaites, M. Récamier, après avoir examiné scrupuleusement la malade, resta dans le doute quant à la nature de l'affection, et proposa à ses confrères d'employer les affusions fraîches, qui devaient réussir s'il n'existait chez la malade qu'une sur-stimulation nerveuse. Ce moyen ayant été accepté, les pieds de la malade furent placés dans de l'eau très-chaude, et, à l'aide d'une casserole, on lui versa sur la tête de l'eau à 23 degrés Réaumur, pendant trois à quatre minutes. A peine cette dame fut-elle remise dans son lit, qu'on lui

prescrivit une cuillerée à bouche de bouillon qu'elle ne vomit pas. Le lendemain et les jours suivants, les affusions furent continuées (deux par jour, une le matin, l'autre le soir). Bientôt la malade arriva à prendre plusieurs cuillerées de bouillon sans les vomir. Quelque temps après, sous l'influence de ces affusions, l'appétit se réveilla, devint même impérieux, et Mme M... ne tarda pas à recouvrer un bel embonpoint et tous les attributs de la santé.

Obs. II. *Vomissements nerveux guéris également par les affusions.* — Voici un second fait qui offre beaucoup d'analogie avec celui de M. Récamier, et qui s'est présenté dernièrement à mon observation. Appelé à quelques lieues de Nantes, pour une jeune personne de vingt ans, atteinte depuis quelque temps de vomissements incessants, je la trouvai amaigrie, accusant une douleur vive à la région épigastrique, et tourmentée par des hoquets et des rapports nidoreux. La langue était rouge, et le pouls fréquent, sans chaleur de la peau. J'appris que depuis longtemps déjà l'appétit avait diminué, qu'il était ensuite devenu capricieux, et que la malade avait fini par se nourrir de noix et de pommes vertes.

La menstruation ayant cessé, les parents de cette jeune personne, tourmentés de son état, la conduisirent à Nantes pour qu'elle fût sérieusement examinée. Des préparations ferrugineuses furent prescrites; mais bientôt après survinrent des vomissements qui résistèrent aux sangsues, aux opiacés, à la morphine introduite par la méthode endermique, et à beaucoup d'autres moyens.

Le médecin qui la soignait, homme éclairé d'ailleurs, croyait à une lésion organique de nature squirrheuse et ulcéreuse. J'opposai à cette opinion quelques faits tendant à prouver qu'il pouvait bien n'exister, chez notre jeune malade, qu'une simple surexcitation nerveuse, et je proposai un bain avec des affusions sur la tête, moyen qui fut accepté.

L'effet de ce bain fut vraiment miraculeux. La malade, qui ne dormait plus depuis quelques nuits, qui pouvait à peine supporter quelques cuillerées d'eau fraîche, et qui demandait sans cesse du vinaigre à respirer, tant était grande sa faiblesse, prit, en sortant du bain, une demi-tasse à café de bouillon froid sans le vomir, puis dormit deux heures de suite. Les bains furent ensuite continués tous les jours, mais sans affusion, et cependant, au bout de quinze jours, Mlle ... mangeait de la viande et faisait des promenades assez longues soit en voiture, soit à pied.

Cependant il survint à cette époque une rechute que l'on attribua à du laitage qu'elle avait mangé. On la conduisit alors aux bains de mer; mais ils ne furent pas supportés, et les vomissements reparurent

avec tant d'intensité, qu'elle ne pouvait plus supporter que quelques fragments de glace.

Appelé de nouveau auprès de la malade, je me trouvai chez elle avec son médecin ordinaire, et le docteur Boucher, de Napoléon-Vendée, praticien d'un haut mérite. Après une longue conférence, dans laquelle diverses opinions furent émises sur la nature de la maladie, le moyen qui m'avait déjà réussi fut de nouveau accepté, et l'effet en fut aussi remarquable que la première fois. Les bains avec affusion furent dès lors continués et administrés matin et soir. Sous leur influence, la santé de notre malade éprouva bientôt une amélioration surprenante; mais trois semaines ou un mois après, Mlle ..., qui les avait pris jusque-là avec un plaisir infini, commença à s'en lasser. Ils furent donc abandonnés, mais il n'y eut pas de rechute, et le sirop d'opium acheva une cure si heureusement commencée.

De ces observations je crois que l'on peut tirer les conclusions suivantes : 1° l'existence des vomissements nerveux, c'est-à-dire dépendant d'une simple lésion de sensibilité, est incontestable; 2° le diagnostic de ces vomissements est quelquefois entouré de grandes difficultés. Nous allons discuter d'abord ces deux points médicaux; puis nous examinerons quel est le meilleur mode de traitement qu'il convient d'employer dans les vomissements de cette nature.

1° *Vomissements nerveux.* — Nul doute qu'il n'existe des vomissements purement et simplement nerveux, tous les médecins sont unanimes sur ce point. Broussais lui-même, tout en proclamant que le vomissement est lié le plus ordinairement à une irritation phlogistique à l'estomac, convient néanmoins qu'il ne faut pas confondre les gastrites avec celles que les vésicatoires font disparaître, et que l'on guérit par ce moyen des *vomissements qui ne dépendent que d'un surcroît de mouvement pareil à celui qui résulte d'une vive impression, de l'aspect d'un objet dégoûtant*, etc. Ce n'est pas là une phlegmasie, c'est un simple vice de l'irritabilité. Il suffit d'ailleurs de réfléchir sur l'étendue des sympathies que l'estomac, par ses rapports nombreux avec les autres organes, reçoit et exerce tour à tour, pour se convaincre de la multiplicité des troubles fonctionnels dont il peut être le siége, en dehors de toute espèce de lésion anatomique. C'est ainsi, par exemple, qu'une chute sur la tête, qu'une odeur fétide, une hernie étranglée, peuvent provoquer des vomissements qu'on ne pourra rapporter qu'à une simple modification dynamique de la portion de l'encéphale chargée de la direction de ce phénomène. Il n'est donc pas nécessaire d'insister sur ce point, qui ne trouve pas de contradicteurs.

2° *Diagnostic du vomissement nerveux.* — Cette seconde question

est, quoi qu'on en dise, d'une solution beaucoup plus difficile que la première. En théorie, sans doute, il est aisé de distinguer le vomissement dépendant d'une simple surexcitation nerveuse, d'un mode vicieux de la faculté de sentir, du vomissement qui n'est qu'une dépendance symptomatique d'une inflammation plus ou moins cachée, d'une dégénérescence organique. Car, dit-on, toute irritation phlogistique, même la plus légère, laisse des traces plus ou moins évidentes de son passage, et se révèle par des symptômes physiologiques plus ou moins apparents. La congestion la plus éphémère détermine pour le moins une tendance à la dilatation des plus petits capillaires, et, si elle se répète, elle ne tarde pas à produire un état variqueux, une altération des solides ou des liquides; tandis que nous voyons tous les jours, dans les névroses, la cause qui détermine le système nerveux à produire des phénomènes capables de troubler l'équilibre des actes physiologiques, agir pendant des mois, et même pendant des années entières, sur le *moi moral*, ou l'organisme vivant, sans offrir aucune de ces congestions aiguës qui se révèlent toujours à l'œil de l'observateur par des symptômes locaux ou généraux.

Eh bien! quand de la théorie on descend dans la pratique, on voit que les choses ne se passent pas toujours ainsi; et, dans un opuscule publié en 1842 (Recherches sur la gastrite), je crois avoir prouvé, par des observations empruntées aux meilleurs auteurs, aux praticiens les plus habiles, que tous les signes d'une inflammation de l'estomac peuvent se présenter au médecin, sans que, néanmoins, cet organe paraisse, à la nécropsie, altéré d'une manière sensible; et, d'un autre côté, que les désordres qui se trouvent dans l'estomac, après la mort, sont loin d'être toujours fidèlement exprimés par les phénomènes morbides.

D'ailleurs, nous savons tous que le vomissement, qui ne suppose pas absolument une affection morbide de l'estomac, peut, néanmoins, à la longue, devenir cause occasionnelle de désordres très-graves, ce qui n'était d'abord qu'une névrose se transformant à la fin en une profonde lésion organique. Or, est-il bien facile de distinguer le moment où l'estomac n'est que sympathiquement affecté, de celui où il l'est d'une manière idiopathique? Le praticien a-t-il bien saisi l'époque où ces vomissements, d'abord purement nerveux et calmés dans les premiers temps de leur existence par les opiacés, ont changé de caractère et sont devenus symptomatiques d'une véritable altération de tissu?

Je donne actuellement des soins à M. L..., grand, sec, d'un tempérament éminemment nerveux. Depuis plusieurs années il est atteint de vomissements que je suppose nerveux. D'abord, les purgatifs ont

paru réussir à ces calmer ; mais plus tard ils ont échoué. Les opiacés ont eu leur tour. Quand ils n'ont plus réussi, il est allé à Tours consulter le docteur Bretonneau. Eh bien ! chose étrange, la morphine, donnée à très-petite dose sous forme pilulaire, obtint un succès qu'elle n'avait point eu en poudre ou en sirop. Au reste, ce succès n'a duré que cinq à six mois. Notre malade est allé pour lors à Vichy. Là, il n'a pas eu un seul vomissement. Depuis son retour, les vomissements ont reparu à la suite d'une vive émotion morale. Tout annonce, du reste, qu'ils ne sont que la manifestation d'un simple trouble fonctionnel ; cependant qui pourrait l'affirmer d'une manière positive?

Un curé des environs de Nantes, qui paraissait dans les mêmes conditions, et qui avait été également à Tours consulter M. Bretonneau, a fini par succomber au bout de plusieurs années, avec tous les symptômes caractéristiques d'un cancer au pylore. Eh bien! les vomissements tenaient-ils, dans le principe, à une simple perversion de la vitalité qui a fini, en se prolongeant, par déranger la nutrition des divers tissus de l'estomac, et par y fixer des congestions qui ont déterminé une dégénérescence organique ; ou la lésion était-elle antécédente à la lésion vitale?

On voit donc que, dans quelques cas, le diagnostic du vomissement nerveux n'est pas exempt de certaines difficultés. Mais, abordons actuellement la thérapeutique de ces affections, qui a pu quelquefois, à elle seule, parvenir à des résultats que tous les autres moyens d'investigation n'avaient pu atteindre.

Du traitement des vomissements nerveux. — Pour étudier une affection d'une manière complète, il faut se rappeler qu'elle se compose, non-seulement des phénomènes extérieurs ou symptômes, et des altérations organiques, mais encore des modifications vitales qui constituent à proprement parler l'affection, l'état ou la diathèse morbide. Rien de plus fécond, en effet, en résultats pratiques, que l'étude des états morbides généraux, de ces diathèses que la médecine antique avait surtout cherché à approfondir, et qui ont été trop négligées par les modernes, trop occupés qu'ils étaient sans doute des phénomènes mécaniques et organiques. En procédant de la sorte, nous trouverons que le vomissement nerveux tient tantôt à une innervation cérébrale, tantôt à une altération du sang comme dans la chlorose ; qu'il peut être sous l'influence d'un viscère ou d'un tissu irrité : ainsi, par exemple, les vomissements sympathiques de l'utérus ont dépendu d'une diathèse rhumatismale, goutteuse, syphilitique, etc.

Ces vomissements pourraient bien, il est vrai, n'être considérés que comme des phénomènes sympathiques ; mais il n'en est pas moins certain

qu'ils tiennent à une sensibilité vicieuse de l'estomac jusqu'au moment où de sympathiques qu'ils étaient, ils deviennent idiopathiques, et que, jusque-là, ils méritent véritablement le nom de vomissements nerveux. Or, ce n'est qu'en tenant compte de tous les éléments du problème médical, que l'on parviendra à opposer aux vomissements nerveux une bonne thérapeutique. L'habitude, en effet, de localiser les symptômes, et de les rapporter à une lésion de l'organe qui semble les fournir, rend pour le moins inutile, sinon dangereux, un traitement qui ne s'adresse jamais à l'organe qui est le véritable siége de la maladie, ou à l'état morbide général, à la diathèse qu'il s'agit, dans un si grand nombre de cas, de chercher, de trouver et de combattre.

Si du raisonnement nous passons actuellement aux faits, notre justification se trouvera dans une foule d'observations dues aux praticiens les plus distingués, à Dehaën, Stoll, Finet, Double, Récamier, etc. Dans mes Recherches sur la gastrite, j'en ai cité plusieurs fort intéressantes, dues au professeur Andral. L'une d'elles, entre autres, nous offre une jeune dame de vingt-neuf ans, qui offrait tous les symptômes d'une lésion organique de l'estomac. Des sangsues, dit cet habile praticien, furent fréquemment appliquées sur l'épigastre. Cette région fut couverte de fomentations émollientes ; on essaya l'emplâtre émétisé, des vésicatoires volants. La glace apposée sur l'épigastre suspendit les vomissements, mais seulement pour quelques jours. Quatre mois après l'apparition des premiers symptômes, des vomissements journaliers avaient lieu ; le lait d'ânesse était la seule boisson nutritive qui pût encore être digérée. On désespérait de pouvoir suspendre plus longtemps la marche de cette déplorable affection, lorsqu'un jour la malade se plaignit d'une chaleur incommode à la gorge, et d'une difficulté d'avaler. L'inspection des parties fit découvrir, sur la paroi postérieure du pharynx, une ulcération peu large et arrondie, dont l'aspect se rapprochait assez de celui des ulcères syphilitiques. — Il n'existait aucun autre symptôme vénérien. On se demanda alors s'il n'était pas possible d'admettre que l'affection de l'estomac, qui allait entraîner la malade au tombeau, fût due à un vice syphilitique? Quelque hasardeuse que fût cette idée, ajoute le professeur, je m'y attachai, parce que c'était la seule chance de salut qui restât encore à la malade. Les frictions mercurielles furent associées à l'usage de pilules contenant chacune un huitième de grain de deutochlorure de mercure. —Après la douzième friction, l'état de la malade n'était plus reconnaissable. Les vomissements avaient cessé, etc., et bientôt la malade recouvra toute la plénitude de sa santé.

Une femme, dit Marc, habitant une boutique sombre et humide,

vomissait tous ses aliments, et ne supportait que le lait, qui, souvent encore, ne passait pas. Les désordres constitutionnels qui résultent d'une semblable affection étaient parvenus à un haut degré. Divers traitements avaient été administrés sans succès. Je crus reconnaître une irritation rhumatismale portée vers l'estomac, et je prescrivis des pédiluves et des lotions nitro-muriatiques, selon la méthode de Scott. A l'intérieur, usage de poudres composées de fleurs de soufre et de magnésie calcinée, par-dessus lesquelles je fis boire une tasse d'une boisson acidulée. En peu de jours, les vomissements cessèrent, et la santé se rétablit.

A ces observations je pourrais joindre celle d'une jeune personne atteinte de vomissements nerveux, et que je rapportai à une affection hystérique. Deux fois l'opium et les frictions stibiées sur la région épigastrique suspendirent les vomissements. Une troisième fois, tous mes efforts ayant échoué, on appela en consultation un praticien distingué, qui ne fut pas plus heureux. Alors nous fûmes abandonnés pour un homéopathe, qui vint à bout de la guérir. Désireux de connaître les médicaments qu'il avait employés, j'appris que c'était la noix vomique qui avait réussi. Mais, en même temps que les vomissements cessaient, reparaissait derrière les oreilles une éruption dartreuse, que j'avais eu l'imprudence de supprimer par des topiques résolutifs. Et j'ai su, depuis, que la disparition de cet eczéma, qui fournissait un suintement incommode, avait été marqué par le retour passager des vomissements.

Je dois avouer, néanmoins, qu'il se rencontre des cas de vomissements nerveux où la noix vomique, à doses excessivement minimes, produit des effets bien extraordinaires. Je citerai, par exemple, le fait suivant : La portière de Mme de la Br... était tourmentée par des vomissements qui me semblaient dépendre d'une simple affection nerveuse, contre lesquels vinrent néanmoins échouer toutes mes ressources thérapeutiques. Je soupçonnai un commencement de grossesse; mais, sur ses dénégations réitérées, j'abandonnai cette idée.—Elle appela, l'un après l'autre, deux de mes confrères, qui ne réussirent pas mieux à calmer ces vomissements. L'un d'eux, ayant cru reconnaître une gastrite, fit une application de sangsues, qui jeta la malade dans un état de débilité effrayant. Enfin, nous nous réunîmes tous les trois pour aviser aux moyens qui pourraient améliorer la position de cette pauvre femme. Je parlai encore de grossesse ; mais l'un de nos confrères, en palpant l'abdomen qui, loin d'être saillant, semblait encore rétracté, assura qu'elle avait raison, et qu'il n'y avait pas d'enfant dans un pareil ventre.

Quoi qu'il en soit, après avoir épuisé toutes les potions calmantes, antispasmodiques, etc., je proposai de mettre *trois gouttes* de teinture de *noix vomique* dans 90 grammes d'eau distillée, que la malade devait prendre par cuillerées à bouche, de quatre en quatre heures. L'effet de cette médication surpassa de bien loin nos espérances, car, à compter de ce moment, les vomissements s'éloignèrent, puis se suspendirent entièrement. Curieux de savoir si nous devions réellement notre succès à cette potion, nous y substituâmes de l'eau distillée pure ; mais elle ne produisit plus les mêmes résultats, et il fallut revenir à la teinture de noix vomique, qui eut un succès décisif. Au reste, cette femme était bien réellement grosse, et nous savons quel pouvoir tyrannique exerce l'utérus sur toutes les parties du système nerveux.

Il arrive bien souvent, en effet, que le trouble des fonctions digestives se lie sympathiquement à l'état de l'utérus. Je donnais des soins à une dame chez laquelle on avait traité isolément, par des moyens directs, un trouble de l'estomac, qui se manifestait surtout par des vomissements. Divers symptômes me donnèrent des indices précieux, que je m'empressai de mettre à profit ; et, quelque temps après, les vomissements cessaient, après l'extirpation de petits polypes muqueux et fibreux opérée par le docteur Lafond.

Quant à l'action de la teinture de noix vomique, elle m'a paru évidente dans plusieurs circonstances. Le docteur Blandin, l'un des deux médecins consultants de la portière dont je viens de parler, m'a assuré dernièrement que cette teinture lui avait merveilleusement réussi dans un cas analogue.

C'est encore l'agent thérapeutique dont j'ai eu le plus à me louer, avec les bains et les affusions, dans trois cas de vomissements opiniâtres, survenus dans la convalescence du choléra.

Voici une formule que j'ai souvent employée dans des cas analogues, mais un peu moins graves, et qui m'a toujours rendu de grands services.

Eau de laitue..................	90 grammes.
Sirop de limon..................	16 —
Morphine......................	5 centigrammes.
Bicarbonate de soude.............	60 —
Eau de laurier-cerise............	2 grammes.

Quand elle échouait, je la remplaçais par la suivante :

N° 1. Eau distillée..................	100 grammes.
Bicarbonate de potasse..........	8 —
Morphine.....................	5 centigrammes.
N° 2. Suc de limon.................	30 grammes.

Mettre une cuillerée à café de ce suc avec la solution n° 1, et avaler immédiatement.

Mais en voilà sans doute assez sur une question qui a été si bien traitée par le docteur Valleix. Aussi n'ai-je voulu que répondre à l'appel de ce savant confrère, regrettant toutefois que des praticiens plus habiles ne soient pas venus déposer ici le fruit de leur expérience ; car il n'est point en médecine de mince sujet d'études ; et, d'ailleurs, comme l'a dit le judicieux Baglivi : *Medicina non est humani ingenii partus, sed temporis filia.* PADIOLEAU, D. M., à Nantes.

EFFETS REMARQUABLES DE L'HUILE D'OLIVE EMPLOYÉE A L'INTÉRIEUR ET A L'EXTÉRIEUR DANS LES CAS DE MORSURE DE LA VIPÈRE.

Par le docteur DUSOURD.

Les effets de la morsure de la vipère ont été depuis longtemps le sujet de recherches et d'expériences ; mais on a pu rarement les observer chez l'homme : sans doute parce que les personnes mordues sont presque toujours des cultivateurs éloignés du voisinage des grandes villes, que les accidents se développent instantanément et avec une telle gravité, qu'il est impossible de les transporter dans les hôpitaux, et, qu'il y a cinquante ans, la classe des cultivateurs, la plus exposée à cette maladie, appelait bien rarement des médecins instruits. Aussi n'ai-je pu trouver dans aucun ouvrage la description de tous les accidents qui en sont la suite. La narration la plus exacte de ceux observés est celle communiquée à l'Académie des sciences par Mortimer. Il les avait observés sur un marchand de vipères, qui s'était fait mordre par ces animaux pour montrer les bons effets de l'huile d'olive dans ce cas.

C'est après cette communication que l'Académie chargea Hunauld et Geoffroi de faire des expériences sur des animaux de différentes tailles. D'après les résultats obtenus, dans leur rapport ils conclurent, par comparaison, que la morsure de la vipère devait être bien rarement mortelle chez l'homme.

Comme les deux commissaires de l'Académie des sciences, je reconnais que la morsure de la vipère n'est pas le plus souvent suivie d'accidents mortels chez les animaux ; cependant je dois dire que sur neuf animaux qui ont été mordus en quelque sorte sous mes yeux, deux ont succombé promptement, et que les autres ont guéri après avoir été plus ou moins malades. Mais ce que je ne puis admettre, c'est que la morsure de la vipère soit suivie, chez l'homme, d'accidents aussi peu inquiétants que chez les animaux. Au contraire, les faits m'ont appris que non-seulement le venin de la vipère a une action délétère plus forte chez

le premier que chez les seconds, mais encore que la morsure de ce reptile est le plus souvent suivie chez celui-ci d'accidents mortels. Cela tient-il à une disposition particulière qui rend telle ou telle espèce comparativement plus sensible à l'action de telle ou telle substance? C'est ce qui me paraît le plus probable. La noix vomique, la strychnine n'ont-elles pas une action comparativement plus énergique sur la race canine que sur l'homme?...

Je me propose donc, dans ce travail, de démontrer que l'on n'a pas accordé un degré de gravité suffisant à la morsure de la vipère chez l'homme; mais il est aussi un point sur lequel je me propose d'insister, parce qu'il me paraît éminemment utile et pratique, c'est la propriété que possède l'huile d'olive de combattre ce principe toxique; autrement dit, je crois pouvoir confirmer l'exactitude de l'assertion avancée par le marchand de vipères de Londres.

Obs. I. *Morsure de vipère à la jambe droite. — Cautérisation de la plaie avec le fer rouge quatre heures après l'accident. — Traitement par la thériaque à l'intérieur et à l'extérieur, et l'acétate d'ammoniaque. — Mort trente et une heures après.*— La nommée Noureau, de la commune de Pessine, âgée de dix-neuf ans, douée d'une taille moyenne, d'une très-forte constitution et d'une bonne santé, se trouvait, le 15 juillet 1822, à neuf heures du matin, à garder son troupeau, lorsqu'elle fut mordue à la jambe droite par une vipère. La douleur n'étant pas très-vive, ne l'inquiéta pas beaucoup sur le moment. Mais quelques minutes après elle s'affaiblit, eut des vertiges, puis des nausées; la jambe et la cuisse enflèrent. Quand j'arrivai près d'elle, quatre heures après l'accident, elle était dans l'état suivant: peau et muqueuses pâles, pouls petit et précipité, anxiété, respiration irrégulière et gênée, agitation; nausées, épigastre ballonné. Elle n'avait pas totalement perdu connaissance, mais elle était très-faible et de temps en temps avait des lipothymies qui duraient trois ou quatre minutes et s'accompagnaient d'une sueur froide. La jambe et la cuisse droite étaient très-enflées. Le gonflement, sans dureté, élastique et emphysémateux, grandissait à vue d'œil, et gagnait déjà la hanche et le côté droit de l'abdomen.

Après avoir recherché les plaies, que je découvris avec beaucoup de peine, je les cautérisai avec un fer mince et rougi à blanc, et pour suivre les conseils donnés par Ambroise Paré et de Jussieu, je fis frictionner la jambe, la cuisse et l'abdomen avec une solution concentrée de thériaque, avec addition de quatre grammes d'eau de Luce. Je lui fis boire de temps en temps une décoction de fleurs de sureau dans laquelle on avait dissous de la thériaque et huit grammes d'acétate d'ammoniaque par litre de décoction. A chaque fois qu'elle buvait, les forces paraissaient se relever un moment; mais après minuit les accidents augmentèrent de plus en plus, et elle mourut le lendemain à quatre heures du soir. Le membre droit et le côté de l'abdomen, de la poitrine et des lombes étaient énormément enflés; ces parties étaient couvertes de vergetures noires, et la putréfaction fut si rapide, que le soir, à onze heures, elle répandait une odeur infecte, et l'on fut obligé de l'enterrer avant les vingt-quatre heures: ce qui m'empêcha d'en faire l'autopsie.

Obs. II. *Morsure de vipère à la jambe droite. — Traitement par la potion cordiale et les frictions avec la teinture de quinquina camphrée. — Mort quarante heures après l'accident.*— La nommée Halaire, âgée de trente ans, d'une forte constitution, demeurant dans la commune de Placay, fut mordue, le 15 juillet 1833, à la jambe droite. Peu de temps après cette jambe enfla beaucoup. Le médecin appelé se rendit près d'elle cinq heures après l'accident; il trouva la jambe, la cuisse et la hanche enflées. Il lui prescrivit une potion cordiale et des frictions avec la teinture de quinquina camphrée. Les accidents continuèrent, et cette femme mourut quarante heures après la morsure.

Le médecin n'ayant pas noté toutes les circonstances de cette observation, je m'abstiendrai de donner de plus grands détails; mais ce dont je me suis assuré par les dires du médecin et par ceux des parents, c'est que cette femme était dans un bon état de santé quand elle fut mordue; que la jambe, la cuisse et la hanche droites enflèrent de suite, qu'elle mourut quarante heures après l'accident et que la putréfaction du cadavre fut très-prompte.

Obs. III. *Morsure de vipère à la jambe droite. — Cautérisation avec l'acide nitrique.— Administration de quinquina, d'ammoniaque.— Mort cinquante-six heures après l'accident.* — Louise Répéré, âgée de dix-sept ans, douée d'une forte constitution, résidant dans la commune de Saint-Georges-des-Coteaux. Cette fille, ayant les jambes nues et gardant son troupeau dans un bois, le 14 juillet 1844, fut mordue par une vipère, à la malléole interne de la jambe droite. Elle y sentit une vive douleur; quelques instants après elle s'affaiblit, eut des vertiges, des vomissements répétés. Elle fut visitée par M. Briand, médecin à l'hôpital de Saintes; à son arrivée le pouls était petit et très-faible, la figure était pâle, la respiration saccadée, le ventre douloureux. La jambe et le bas de la cuisse étaient très-enflés; elle avait de temps en temps des nausées, des lipothymies.

Ce médecin fit sur la plaie, qu'il eut de la peine à trouver, une incision cruciale, et la cautérisa avec l'acide nitrique. Il lui prescrivit par cuillerée une forte décoction de quina avec addition d'ammoniaque, et des décoctions de quina en frictions. Elle prit peu de la potion.

Dans la soirée les lipothymies se répétèrent plus souvent, la jambe, la cuisse et la hanche droites enflèrent beaucoup. Le lendemain matin le pouls était imperceptible, la figure livide, les mains étaient froides, la jambe, la cuisse et le côté droit de l'abdomen étaient d'une couleur livide, bleuâtre, couverts de pétéchies, de phlyctènes, et emphysémateux. Elle mourut à deux heures du soir; elle ne fut pas ouverte, dès le lendemain matin la putréfaction était très-avancée.

Obs. IV. *Morsure de vipère à la jambe droite.—Traitement émollient.—Mort trente heures après l'accident.* — Le nommé Bodin, terrassier, âgé de trente-deux ans, doué d'une forte constitution et jouissant d'une bonne santé, travaillait à Saint-Gemme. Le 15 juillet 1829, vers dix heures du matin, cet homme, en traversant un marais, pieds nuds, fut mordu par une vipère à la jambe droite; la jambe, la cuisse et la hanche droites, ainsi que l'abdomen et les lombes enflèrent beaucoup. Le malade eut des nausées, des vomissements, des coliques, un grand abattement avec délire. M. Kortz, médecin à Nancras, le vit six heures après l'accident, lui prescrivit une potion cordiale qui ne fut pas prise, et fit couvrir toutes les parties enflées

avec des compresses imbibées d'une décoction chaude de fleurs de sureau dans laquelle on avait mis de l'eau-de-vie camphrée; cet homme mourut le lendemain à huit heures du soir.

On voit, par les observations précédentes, que la morsure de la vipère est suivie chez l'homme d'accidents bien autrement graves qu'on ne le suppose généralement. Ce premier point établi, il me reste à démontrer toute l'efficacité de l'huile d'olive *intus* et *extra*, dans les cas de cette espèce. C'est ce qui me paraît très-bien établi par les observations suivantes :

Obs. V. *Morsure de vipère à la jambe droite. Traitement par l'huile d'olive en frictions et à l'intérieur. Guérison.* — Le 15 août 1823, le nommé Roux, dit Roussillon, d'une taille moyenne, d'une bonne constitution, âgé de trente-quatre ans, demeurant à Pellines, à neuf heures du matin et pendant qu'il liait du blé les pieds nus, fut mordu par une vipère à la malléole externe de la jambe droite. Ce reptile, que l'on tua de suite, était d'une grosseur moyenne, et avait cinquante-cinq centimètres de long. La douleur fut vive. Roux y porta la pulpe des doigts couverte de salive, et les reporta deux fois à la bouche pour les mouiller de nouveau. Mais quelques minutes après il pâlit, s'affaiblit, eut de l'anxiété, des nausées, de la dyspnée, et s'évanouit. Quand j'arrivai près de lui, plus de deux heures s'étaient écoulées depuis l'accident. Le malade, couché sur le dos et sans connaissance, était dans l'état suivant : peau pâle et froide, pouls mou, petit, fréquent mais régulier; respiration gênée, inégale; nausées, hoquets, anxiété et par moments légères agitations, convulsions des membres, lèvres énormément gonflées, luisantes sans rougeur; la déglutition n'avait pas lieu. La jambe, la cuisse et la partie droite de l'abdomen et de la poitrine étaient très-enflées. Ce gonflement était pâle, emphysémateux, élastique et ne gardait pas l'impression du doigt qui l'avait pressé; la peau était sèche et dure. Les petites blessures étaient presque imperceptibles. Le pied n'était point enflé. Le gonflement de la jambe, de la cuisse et du ventre augmentait à vue d'œil.

N'ayant pas réussi sur le sujet de la première observation avec l'ammoniaque recommandée par Jussieu et la thériaque par Ambroise Paré, j'eus recours au moyen employé par le marchand de vipères de Londres.

Le malade ne pouvait pas avaler, je lui fis prendre d'heure en heure un lavement d'huile d'olive chaude et pure. Chaque lavement contenait 80 grammes d'huile. Je fis frictionner avec l'huile d'olive chaude toutes les parties enflées. Pendant les frictions le gonflement s'affaissait, et se relevait de nouveau quand on cessait de frictionner; alors deux personnes se relevant de temps en temps le frictionnèrent continuellement. A trois heures après midi, l'anxiété, les mouvements convulsifs, les nausées diminuèrent beaucoup; à cinq heures il reprit connaissance. Il se plaignait alors d'anxiété, de douleurs générales, de coliques, de nausées revenant par moment. La déglutition pouvant alors s'opérer, je lui fis avaler de suite 60 grammes d'huile d'olive chaude. Les nausées, les coliques et l'anxiété cessèrent bientôt; le pouls se releva légèrement et progressivement; la peau reprit un peu de chaleur; d'heure en heure il avalait deux cuillerées d'huile d'olive chaude.

A neuf heures du soir les forces s'étaient relevées; le malade se trouvant

mieux lit suspendre pendant une demi-heure les frictions que l'on n'avait pas cessé de faire, mais bientôt il sentit les forces s'évanouir. Les frictions furent recommencées et continuées sans interruption pendant vingt-quatre heures. Les deux jours suivants on le frictionna matin et soir pendant une demi-heure, après avoir lavé la peau avec une eau légèrement savonneuse, dans le but d'enlever l'huile de la précédente friction, pour éviter l'éruption des boutons que sa présence longtemps continuée fait naître. Une demi-heure après avoir repris les frictions, les forces revinrent. A dix heures et demie il but du bouillon avec de bon vin vieux. Le pouls devint moins fréquent, plus large et plus résistant; la nuit fut assez calme. Le lendemain le gonflement avait beaucoup diminué; mais on remarquait à la peau, depuis la malléole jusqu'en arrière du creux de l'aisselle, une bande d'une largeur variable sur divers points de 3 à 5 centimètres, d'une couleur d'un cuir tanné roux. Cette couleur, plus foncée à la partie moyenne, diminuait insensiblement sur les côtés et se terminait par une teinte très-légèrement violacée.

Sous la peau colorée et sous ses parties voisines, le tissu cellulaire était emphysémateux, élastique; la peau sèche et sans chaleur faisait sentir sous le doigt la sensation que fait éprouver une feuille de papier souple: le malade mangea, le pouls se raidit. Les frictions avec l'huile furent continuées matin et soir durant les cinq jours suivants. Le gonflement ne cessa complétement à la cuisse et au ventre qu'après sept jours de traitement, la bande ne disparut qu'après huit jours; mais la jambe resta longtemps gonflée, et depuis ce temps elle est toujours restée légèrement œdémateuse. Du reste, deux mois après l'accident Roux avait repris sa santé première, seulement il sentait de la faiblesse dans la jambe affectée.

Cet homme vit encore et depuis lors a toujours joui d'une assez bonne santé.

Obs. VI. *Morsure de vipère à l'avant-bras gauche. Traitement par l'huile d'olive deux heures après l'accident. Guérison.* — La femme Cureaudeau, demeurant au village des Tourneurs, âgée de trente et un ans, d'une fort belle constitution, très-sensible, nourrice depuis sept mois, fut, le 11 janvier 1828, à six heures du soir, chercher dans un tas de bois voisin de sa maison un fagot qu'elle mit dans le coin intérieur de sa cheminée pour le faire sécher. A sept heures et demie du soir, elle appuya le bras gauche nu jusqu'au coude sur le fagot, et de la main droite, armée d'un couteau, elle voulut couper le lien. En pressant elle se sentit mordue à la partie moyenne de l'avant-bras gauche. La vipère, qui fut tuée de suite, avait 62 centimètres de longueur. J'arrivai deux heures après l'accident; je trouvai la malade sans connaissance et dans l'état suivant: peau pâle, couverte d'une sueur froide; pouls très-faible, petit et irrégulier; respiration difficile, irrégulière; prostration générale, interrompue momentanément par de légères secousses dans les membres et suivies de nausées. Dans les premiers moments elle avait vomi deux fois; l'abdomen était ballonné; l'avant-bras, le bras, l'épaule, le cou, le creux de l'aisselle, le côté de la poitrine et le sein étaient très-enflés; le gonflement pâle, sans chaleur et sans dureté, était élastique et emphysémateux. Après avoir été pressé un moment il ne conservait pas l'impression du doigt. La déglutition étant encore possible, je parvins à lui faire avaler 60 grammes d'huile d'olive tiède, et lui fis donner de suite un lavement avec 125 grammes d'huile d'olive chaude.

Le gonflement, qui s'étendait à vue d'œil, cessa d'augmenter après vingt

minutes de frictions et diminua légèrement ensuite. Une demi-heure après les nausées avaient cessé; une heure plus tard la connaissance lui revint, mais fut encore un instant interrompue par une faiblesse qui dura six minutes. Revenue à la connaissance, cette femme se plaignit d'anxiété, de douleurs générales, de douleurs vives dans le sein, de la sensation d'un corps chaud, qui de temps en temps partait du bras, se rendait au cœur et lui faisait sentir un commencement de défaillance. Elle continua de boire deux cuillerées d'huile d'olive d'heure en heure. A cinq heures du matin elle avala du bouillon dans lequel on avait mis de bon vin vieux, elle le supporta bien; ensuite les forces se relevèrent, le pouls devint plus résistant, plus fréquent et plus régulier, la respiration devint plus facile; la peau reprit de la chaleur, et un peu de coloris. Le gonflement avait diminué. Deux selles liquides, où l'on reconnut de l'huile, eurent lieu dans la matinée.

Dans le jour elle prit trois soupes, mais on continua toujours à la frictionner jusqu'au soir. Dans la nuit et les deux jours suivants elle eut toujours les parties malades couvertes avec des compresses imbibées d'huile d'olive chaude. Le lendemain matin de l'accident on remarquait à la peau une teinte marron s'étendant, en forme de bande, des plaies à la partie postérieure du creux de l'aisselle. Le soir, cette bande, couleur d'un cuir tanné roux, était plus foncée dans une largeur de deux centimètres. La teinte, en diminuant sur les côtés, se terminait insensiblement par une couleur très-légèrement violacée. La peau colorée était plus sèche et plus raide qu'ailleurs; cette bande, plus large dans quelques endroits et plus étroite dans d'autres, avait une largeur moyenne de 4 centimètres. En la pressant, on trouvait le tissu cellulaire subjacent élastique, et l'on ne rencontrait pas la corde dure que l'on trouve sur le trajet des veines enflammées et dont la bande ressemble à celle-ci, qui n'a ni la chaleur, ni la rougeur, ni la dureté de la première. Quand on la pressait la malade ne sentait pas de douleur; mais le quatrième jour, le gonflement emphysémateux ayant en grande partie cessé, on sentait que le tissu cellulaire subjacent s'était durci, avait perdu son élasticité et était devenu plus douloureux. Cette femme avait beaucoup d'embonpoint. Les deux jours suivants, le tissu se ramollit, la bande devint d'un jaune ocre qui s'éclaircit insensiblement et disparut. Le lendemain soir de l'accident, le sein fort douloureux et fort tendu avait une teinte bleuâtre. Craignant pour le sein de la femme et pour la personne qui la téterait, je fis chercher un petit chien qui téta beaucoup vers cinq heures du soir; mais deux heures après l'animal fut frappé de prostration et mourut à quatre heures du matin. Un second chien ne tomba dans le même état qu'après avoir tété plusieurs fois, et mourut le lendemain.

Le troisième chien, qui ne commença à téter que le surlendemain soir de l'accident, fut faible et malade les trois premiers jours, et se rétablit ensuite pendant les dix jours que l'allaitement fut encore continué. Dès le premier jour de l'allaitement, le sein diminua beaucoup et perdit la légère teinte bleue qu'il avait. Le septième jour, le gonflement du bras et du côté de la poitrine avait totalement cessé. L'avant-bras resta quelque temps encore œdémateux. La bande ne disparut que le neuvième jour. Cette femme fut encore faible et souffrante pendant vingt-cinq ou trente jours, puis elle reprit insensiblement son premier état de santé dont elle a toujours joui depuis cette époque. Elle a franchi, sans accidents, l'époque de la ménopause et se porte fort bien.

Obs. VII. *Morsure de vipère à la jambe gauche. — Traitement par l'huile d'olive* intus et extra. *Guérison.* — Le nommé Revillé, demeurant au village des Charriers, commune de Nieul-lez-Saintes, canton sud de Saintes, âgé de quarante ans, d'une haute taille et d'une forte constitution, poursuivait des veaux dans des broussailles, le 25 août 1826, à dix heures du matin. M. Delany le vit de loin se baisser précipitamment, se relever, marcher en chancelant, puis tomber. Ce monsieur ne le voyant pas se relever et pensant qu'il était malade, fut à lui pour lui donner des soins. Revillé perdit bientôt connaissance et fut porté chez lui. L'éloignement du malade ne me permit d'arriver près de lui que quatre heures après l'accident. La pâleur de la figure, la faiblesse générale, la petitesse et le ralentissement du pouls, le gonflement emphysémateux de la jambe, de la cuisse gauche et de tout le côté gauche du tronc jusqu'à l'aisselle, me firent penser que cet homme avait été mordu par une vipère. En cherchant avec beaucoup d'attention, je découvris à la malléole externe gauche deux très-petites plaies. La déglutition étant assez facile, je lui fis avaler de suite 90 grammes d'huile d'olive tiède, et ensuite trois cuillerées d'heure en heure. Je fis frictionner avec de l'huile d'olive chaude et pendant 24 heures sans interruption toutes les parties enflées. Les deux jours suivants on le frictionna deux fois par jour. Après avoir commencé les frictions, le gonflement diminua. Le soir la connaissance lui revint : il nous dit alors qu'il s'était senti mordre par un serpent qui disparut ensuite. Dans la nuit, l'anxiété, les douleurs générales, les coliques, la gêne de la respiration cessèrent en grande partie; le pouls prit de la fréquence et de la raideur. Le lendemain matin, les forces s'étaient relevées; le malade prit du bouillon avec du vin, et dans la soirée deux soupes. Les jours suivants Revillé reprit peu à peu ses forces premières; le gonflement œdémateux de la cuisse et de tout le côté ne cessèrent qu'au bout de sept jours. Sa jambe fut bien longtemps plus faible, elle est restée œdémateuse jusqu'à sa mort arrivée quinze ans après l'accident et causée par une maladie de foie, suite d'un coup porté sur cet organe.

Dès le lendemain de l'accident, nous remarquâmes à la peau une bande couleur cuir tanné, d'une largeur variable dans le cours de son étendue de trois à cinq centimètres, suivant en serpentant la partie externe de la jambe, de la cuisse et de tout le côté gauche, jusqu'au tendon du grand dorsal où elle s'enfonçait sous l'aisselle. Dans le trajet de cette bande, la peau était sèche et dure au toucher, peu sensible à la pression ; au-dessous, le tissu cellulaire était élastique et emphysémateux ; les trois premiers jours ensuite, il durcit, fut le siége d'une douleur sourde augmentant par la pression ; trois jours après il se ramollit et l'inflammation se termina par résolution, la peau s'éclaircit peu à peu et la teinte disparut du neuvième au dixième jour.

Obs. VIII. *Morsure de vipère à la jambe droite.— Traitement par l'huile d'olive* intus et extra. — *Guérison.* — La veuve Brunet, du village de la Croix-Rouge, commune de Foncouverte, canton nord de Saintes, âgée de soixante ans, d'une taille moyenne et d'une forte constitution, en traversant une haie, le 15 juin 1831, se sentit mordue à la jambe droite nue, par un reptile qui disparut de suite. Vingt minutes après, elle s'affaiblit et vint tomber près du seuil de sa porte, située à deux cent cinquante mètres de l'endroit où la morsure avait eu lieu.

J'arrivai près d'elle quatre heures après l'accident. Cette femme, sans.

avoir perdu la connaissance, était très-faible; sa respiration était gênée, son pouls petit, précipité; elle sentait de l'anxiété, un frémissemeut continuel avec une douleur sourde dans les parties affectées et, par moment, de l'agitation et des douleurs plus vives dans le ventre et dans tout le côté malade.

Elle avait de temps en temps la sensation d'une goutte d'eau qui de la jambe se rendait au cœur et était suivie d'un commencement de lipothymie. La peau était pâle et froide; les muqueuses étaient décolorées; la jambe, la cuisse et tout le côté droits étaient énormément enflés jusqu'à l'épaule. Le gonflement était emphysémateux, élastique et sans chaleur; en le pressant il ne faisait sentir aucune douleur et ne conservait pas l'impression des doigts. Je lui fis boire de suite quatre-vingt-dix grammes d'huile d'olive chaude, et fis frictionner avec l'huile d'olive chaude, et pendant vingt-quatre heures consécutives, toutes les parties enflées. Pendant la friction le gonflement s'affaissait, et se relevait quand on cessait de frictionner.

Le lendemain matin, il n'augmentait plus quand on cessait la friction. Les deux jours suivants elle fut frictionnée une heure soir et matin, et les parties malades furent couvertes de compresses imbibées d'huile d'olive.

Les forces se relevèrent, le gonflement diminua progressivement et disparut complétement, au bout de sept jours, au côté, et de neuf jours, à la cuisse; il ne cessa jamais complétement à la jambe.

Le lendemain une bande, plus large dans certains endroits, plus étroite dans d'autres et d'une largeur moyenne de 3 à 5 centimètres, d'une couleur de cuir tanné à sa partie moyenne, très-légèrement violacée à ses bords, s'étendait en serpentant de la malléole externe droite jusqu'à l'aisselle où elle semblait se partager en deux branches au-dessous du tendon du grand dorsal; une branche se perdait dans l'aisselle et l'autre contournait l'omoplate et se terminait vers son angle postérieur et supérieur. Le tissu cellulaire situé sous cette zone était d'abord emphysémateux, élastique, sans douleur, puis le troisième jour il se durcit, prit de la chaleur les quatre jours suivants et se ramollit à mesure que la peau de la bande perdit sa couleur; la peau et le tissu subjacent ne reprirent leur état normal qu'après dix jours.

Obs. IX. *Morsure de vipère à la jambe droite. — Ligature de la jambe au tiers supérieur. Tuméfaction bornée au-dessous. Pas d'accidents généraux. Frictions avec l'huile d'olive. — Guérison.* — La fille Aliot, du lieu des Treuillons, commune de Chermignac, canton sud de Saintes, âgée de trente-quatre ans, d'une forte constitution, en gardant ses moutons dans des genêts fut mordue à la malléole externe de la jambe droite, nue, par un reptile qu'elle n'a pas pu me dépeindre. De suite elle prit des branches de genêt et lia fortement la jambe vers le tiers supérieur du mollet, puis s'enveloppa la jambe avec des linges imbibés d'huile d'olive très-chaude. L'accident arriva entre cinq et six heures du soir, je ne la vis que le lendemain matin. Elle n'avait ni douleur au-dessus de la ligature, ni faiblesse, ni changement dans le pouls. Le genou et la cuisse n'étaient pas enflés. La jambe, énormément tuméfiée et bleue, était toujours restée couverte de linges imbibés d'huile; elle avait été frictionnée deux fois dans la nuit. Dans la crainte que la ligature ne fît gangréner la jambe, je l'enlevai et fis de suite frictionner tout le membre avec de l'huile d'olive très-chaude, et je restai deux heures pour voir ce qui se passerait. Vingt-cinq minutes après l'enlèvement de la

ligature, le gonflement souleva la peau qu'elle avait comprimée, franchit le genou ; une heure et demie après il parvint jusqu'à l'aine du côté interne, du côté externe il ne dépassait pas le milieu de la cuisse ; il n'était pas emphysémateux ; il ne fut pas considérable et n'augmenta pas dans la journée. Les frictions furent continuées tout le jour : le pouls ne changea pas ; la malade n'éprouva pas d'anxiété ni de douleurs, et mangea ; mais le lendemain matin on remarquait sur la peau de la jambe une bande d'une couleur de cuir tanné, s'étendant, dans une largeur de 3 à 4 centimètres, de la malléole jusqu'au deux tiers de la cuisse où elle se terminait insensiblement; très-foncée et fort large depuis la malléole jusqu'au lieu de la ligature, au-dessus elle était peu sensible. Dans le trajet de cette bande, le tissu souscutané était à la jambe emphysémateux, mais il ne l'était pas au-dessus de la ligature. Le gonflement de la cuisse avait cessé le troisième jour, mais la jambe est toujours restée légèrement œdémateuse.

Cette fille fut-elle mordue par une vipère d'une moins grande force que celles qui mordirent les sujets des observations précédentes, ou le virus retenu dans la jambe, et attaqué de suite, avait-il perdu beaucoup de son action délétère ?

Ambroise Paré dit : « Que mordu par une vipère dont il voulait voir les dents, il lia de suite le doigt, le couvrit de thériaque et n'éprouva pas de grands accidents; mais il ne dit pas combien de temps il garda la ligature, et dans quel état resta le doigt.

Obs. X. *Morsure de vipère à la main gauche, ligature du poignet. Extension du gonflement à tous les membres supérieurs malgré la ligature. Traitement par l'huile d'olive Guérison.*—Vergniaud Jean, âgé de treize ans, demeurant au lieu des Roberts, commune de Saintes, voulait franchir un tas de pierres garni d'herbes; il appuya la main gauche dessus, et se sentit mordu par une vipère, à la pulpe du médius de cette main. On lia de suite le poignet avec un fort galon. Je le vis trois quarts d'heure après l'accident : la main était énormément enflée; le gonflement avait dépassé le lien, qui se trouvait recouvert par les bourrelets que ce gonflement faisait au-dessus et au-dessous. Le bras était enflé jusqu'à l'épaule. Le gonflement était élastique, emphysémateux et sans chaleur. La figure était pâle et légèrement froide; il avait de la dyspnée, des tiraillements douloureux dans le membre malade; le pouls était petit et précipité ; les yeux étaient rouges et larmoyants; le malade avait un abattement général et beaucoup d'anxiété. Une demi-heure après, le gonflement avait gagné rapidement le cou, la tête, la poitrine et tout le côté du corps; le malade avait de temps en temps des faiblesses, mais sans perdre connaissance. Le gonflement, emphysémateux au bras, au cou, et sur le côté gauche de la poitrine, ne l'était pas partout ailleurs, quoiqu'il fût légèrement élastique. Dix minutes après mon arrivée, il avala six cuillerées d'huile d'olive, il en but ensuite une cuillerée chaque demi-heure. Je fis frictionner tout le corps avec de l'huile d'olive chaude.

Le soir et la nuit suivante, le pouls se releva, devint moins fréquent ; la peau se réchauffa; l'anxiété et la dyspnée diminuèrent; mais ces accidents revinrent de temps en temps avec un commencement de lipothymie.

Le lendemain on voyait à la partie interne du bras une bande couleur d'un rouge tirant sur le cuir tanné, de la largeur d'un petit ruban et s'éten-

dant du lieu de la plaie au creux de l'aisselle ; dans toute son étendue la peau était sèche.

Le tissu cellulaire subjacent fut les deux premiers jours élastique, sans dureté et sans chaleur; les troisième et quatrième il durcit, devint chaud. douloureux; l'inflammation se termina par résolution le onzième jour. Pendant les trois premiers jours, le malade fut toujours dans un état inquiétant; le quatrième les accidents cessèrent en grande partie. Le gonflement, qui s'était développé si rapidement que l'on avait été obligé de fendre les vêtements, diminua graduellement, mais ne cessa complétement au corps et au bras qu'au bout de dix jours. La main et le poignet furent bien longtemps œdémateux. Cet enfant resta languissant pendant un mois et demi à deux mois, puis il reprit son état ordinaire. Il fut frictionné d'abord avec de l'huile d'olive chaude, pendant six heures consécutives, puis, pendant quatre jours et demi, il fut continuellement enveloppé avec des linges imbibés d'huile d'olive chaude; on les imbibait de nouveau quand ils étaient secs.

Obs. XI. *Morsure de vipère au gros orteil du pied droit. Ligature autour de l'orteil Sphacèle de l'orteil. Pas d'autres accidents.*— En juin 1817, le nommé Rousset, âgé de trente-trois ans, demeurant à Saint-Symphorien, canton de Saint-Agirau, arrondissement de Rochefort, en traversant un marais, fut mordu par une vipère, à l'extrémité du gros orteil du pied droit. De suite cet homme prit une ficelle qu'il avait dans sa poche et lia très-fortement l'orteil un peu au-dessous de l'articulation. Le bout du doigt tomba en gangrène, mais Rousset n'eut aucun autre accident. Le reptile qui l'avait mordu fut tué par son compagnon de travail, et reconnu pour être une vipère d'une assez grande force.

Ainsi, d'une part, nous voyons la fille Nourcau, morte trente heures après la morsure, malgré l'emploi de la thériaque et de l'ammoniaque administrées peut-être avec trop de négligence par les personnes qui la soignaient ; les trois autres ayant péri presque sans traitement : Bodin après trente-quatre heures, la femme Halaire après quarante heures; la fille Répéré, à qui M. Briand avait fait prendre une seule fois de l'ammoniaque en petite quantité, cinquante-six heures après.

Une autre fois, cinq autres blessés, après avoir présenté d'abord des accidents aussi redoutables que chez les premiers, ont guéri à l'aide de l'huile d'olive chaude administrée à l'intérieur et à l'extérieur. La fille Aliot, ayant lié la jambe au-dessus des morsures et frictionné ce membre avec de l'huile d'olive chaude, a guéri sans éprouver d'accidents généraux.

Enfin, Rousset, mordu au gros orteil, a lié fortement le bout du doigt, qui s'est gangréné, et cet homme n'a pas senti d'autre dérangement.

Comme résultat général, on peut dire que, chez tous les sujets, le venin introduit dans la plaie a produit des effets bien prompts ; mais chez tous, aussi, il s'est écoulé de sept à quinze minutes avant que son action se fît sentir dans toute l'économie. Ce temps d'incubation, quoi-

que très-minime, est pourtant bien précieux, puisqu'il donne le temps de placer une ligature, de cautériser les plaies, d'enlever la portion des chairs où elles se trouvent et de se procurer de l'huile d'olive que l'on n'a pas toujours sous la main dans les lieux où l'on est mordu. Je dois ajouter que cette substance vénéneuse n'agit pas avec une égale énergie sur tous les sujets; soit que l'animal en dépose plus ou moins dans la plaie, qu'il soit plus ou moins actif chez les diverses vipères, ou que les sujets blessés y soient plus ou moins sensibles.

Une ligature, placée de suite au-dessus de la partie mordue, empêche le gonflement d'aller plus loin, et le trouble général d'avoir lieu; mais, pour obtenir cet avantage, la ligature doit être fort serrée, et sur une partie ou la compression puisse s'opérer partout. Chez Rousset, la compression exercée circulairement sur la phalange fut assez exacte pour empêcher le venin d'agir sur le reste du corps. La fille Aliot fit la compression sur le mollet. Les parties très-charnues situées sous la ligature comprimèrent celles placées entre les deux os de la jambe, en pressant des deux côtés sur le ligament inter-osseux; aussi, pendant les seize heures qu'elle fut maintenue, le gonflement ne la dépassa pas et les autres organes ne furent pas affectés. Quand la ligature fut enlevée, le gonflement monta faiblement, s'arrêta dans la cuisse, et les fonctions des principaux organes ne furent pas troublées : ce qui semble prouver que la substance vénéneuse, maintenue dans une partie pendant quelques heures, peut y être neutralisée avec l'huile d'olive, et qu'ensuite, après avoir détruit la ligature, elle peut être absorbée sans produire de grands désordres.

L'huile d'olive chaude, employée à l'intérieur et à l'extérieur, est donc, à mes yeux, la meilleure substance que l'on connaisse pour combattre les effets de cette morsure. L'observation de Roux montre aussi que l'huile d'olive en frictions agit mieux que prise à l'intérieur. J'ai observé chez tous les sujets que le gonflement diminuait sous l'influence des frictions dès les premiers moments et se relevait quand on les cessait; de même, l'état général s'améliorait pendant la friction, et s'aggravait quand elle était suspendue. J'ai observé cet effet plus particulièrement sur Roux, la femme Cureaudeau et Revillé. J'ai remarqué, de plus, que l'huile d'olive chaude, prise par la bouche, fait cesser ou diminuer promptement les nausées, les coliques. L'huile d'olive est d'autant plus précieuse dans ces cas, que c'est une substance que l'on trouve partout, et que les personnes les plus étrangères à l'art peuvent administrer de suite en attendant l'arrivée du médecin, et qui, prise même en très-grande quantité, ne peut déterminer aucun désordre.

En terminant, je dirai que l'on fait aussi cesser rapidement le gon-

flement et la douleur résultant des piqûres des abeilles et des frelons, en couvrant les parties douloureuses avec des compresses imbibées d'huile d'olive chaude.

Dusourd, D. M.
à Saintes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR PRÉVENIR L'INTRODUCTION DE L'AIR AU SEIN DES GRANDES COLLECTIONS DE LIQUIDES PENDANT LEUR ÉVACUATION.

Par M. le docteur Raciborski, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine.

Les chirurgiens sont généralement d'accord sur les inconvénients de la pénétration de l'air du dehors au centre des collections pathologiques, telles que l'hydrothorax, les abcès par congestion, etc., etc. Cette introduction accidentelle de l'air peut, comme on le sait, avoir lieu au moment de l'opération ou après celle-ci. En détruisant le parallélisme entre l'ouverture de la peau et celle de la poche renfermant le liquide, la méthode sous-cutanée, dont la chirurgie a reçu d'assez nombreuses et heureuses applications depuis plusieurs années, vient de rendre cet accident à peu près impossible après l'opération.

Cependant, nous sommes loin d'avoir des moyens aussi sûrs et aussi simples pour empêcher l'introduction de l'air au moment de l'opération. Les trocarts à pompe et à robinet, que nous avons vu être employés par M. Jules Guérin avec beaucoup d'habileté pour évacuer les abcès par congestion, sont des instruments trop compliqués, et on les trouverait rarement à sa disposition au moment où l'on en aurait besoin. Ajoutons que l'action aspirante qu'ils exercent sur toute la surface de la poche, et qui s'étend, le long des trajets fistuleux, jusqu'à la source du mal, peut ne pas être sans inconvénient.

Le trocart muni d'un morceau de baudruche, que M. Reybard a eu l'idée d'appliquer à la thoracentèse, est sans doute un procédé ingénieux. Il est bien certain que, dans beaucoup de cas, la peau de baudruche pourra s'appliquer contre l'ouverture de la canule du trocart à chaque effort de l'air extérieur et en empêcher ainsi la pénétration; mais en sera-t-il de même au moment de ces violentes quintes de toux qui accompagnent si souvent la thoracentèse et qui consistent en plusieurs expirations successives suivies d'une inspiration très-forte et prolongée? Nous avons de la peine à le croire. C'est pour cela que nous espérons rendre un véritable service à nos confrères en leur faisant

connaître un nouveau procédé d'une grande simplicité que nous avons imaginé il y a peu de temps, et dont nous avons eu déjà l'occasion de nous servir avec un succès des plus complets.

Ce procédé consiste dans l'usage d'une vessie de porc de grandeur proportionnée à la quantité de liquide à évacuer, que nous avons soin de tremper préalablement dans l'eau, de manière à la rendre complétement molle. Une fois dans cet état, nous chassons l'air par l'expression et nous tordons même la vessie sur elle-même. Enfin nous fixons l'orifice de la vessie autour de la canule du trocart armé, dont la poignée se trouve ainsi entièrement coiffée par le fond de la vessie. Pour pratiquer la ponction, on saisit la poignée du trocart par-dessus cette coiffe. Après la pénétration de l'extrémité du trocart dans la cavité remplie de liquide, on maintient la canule en place avec la main gauche, tandis que la main droite est employée à retirer le trocart de sa canule et à l'abandonner dans la cavité de la vessie.

Dès que ce retrait a lieu, on voit à l'instant la vessie se dérouler progressivement sous le poids du liquide qui la distend graduellement, sans que le malade soit incommodé par le bruit qui accompagne ordinairement l'écoulement des liquides à l'air libre.

Si la distension déjà très-grande de la vessie faisait présumer qu'elle ne sera pas suffisante pour recevoir tout le liquide, rien ne serait plus facile que de pratiquer une ponction près de son extrémité, tandis qu'on aurait soin d'appliquer la partie supérieure de la vessie contre l'ouverture de la canule pour empêcher l'aspiration de l'air. Enfin, une fois la vessie désemplie, il serait facile de faire une ligature au-dessus de l'ouverture et de continuer l'évacuation de l'épanchement.

J. Raciborski.

DES APPAREILS DE MOUVEMENT ET DE LEUR UTILITÉ DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES ARTICULAIRES.

Tel est le titre d'un Mémoire étendu que M. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à Lyon, vient de publier (1). L'importance de ce travail et l'intérêt pratique qu'il présente nous engagent à le faire connaître à nos lecteurs par une analyse étendue.

L'auteur rappelle en commençant qu'il a exposé déjà, dans son Traité des Maladies des articulations, quels étaient les effets de l'immobilité comme agent de production des maladies articulaires, et quel parti l'on pourrait tirer du mouvement comme moyen d'améliorer et de guérir un certain nombre d'entre elles. Son but n'est pas de reproduire ce qui a

(1) Brochure in-8 de 110 pages, avec 17 gravures sur bois. Chez J.-B. Baillière.

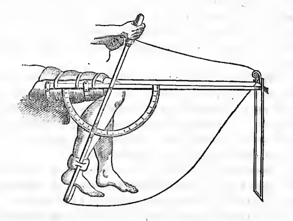
été dit à ce sujet, mais de faire connaître des moyens nouveaux d'imprimer ces mouvements et d'indiquer les résultats pratiques obtenus à l'aide de cette méthode.

Lorsqu'une articulation est enraidie, l'exercice de ses fonctions ne peut lui être rendu par les mouvements que le malade exécute spontanément; ceux-ci se passent, en effet, non dans la jointure altérée, mais dans les articulations voisines. Les mouvements artificiels sont donc un préliminaire nécessaire au rétablissement des mouvements naturels. Le procédé le plus simple est sans doute celui dans lequel le chirurgien ou des aides impriment les mouvements avec les mains; il présente néanmoins de nombreux inconvénients : 1° le défaut d'accord entre les contractions musculaires du malade et les efforts de la personne qui fait mouvoir la jointure empêche d'atteindre le but auquel on aspire; 2° on manque de moyen régulateur pour diriger ces mouvements dans des limites convenables d'intensité et d'étendue ; souvent trop timides ou trop violents, ils restent sans résultats dans le premier cas, et produisent de vives douleurs dans le second ; 3° la nécessité de l'intervention d'un aide qu'il est parfois difficile de trouver, et la fatigue qui gagne promptement l'opérateur, font que les mouvements artificiels ne sont exécutés ni assez fréquemment, ni pendant un temps suffisamment prolongé.

Pour réaliser l'harmonie entre les forces extérieures et celles que dirige la volonté du malade, pour éviter toute secousse violente et pour que les exercices soient faits pendant un temps suffisant, c'est-à-dire pendant un quart d'heure à une demi-heure, trois ou quatre fois par jour, il faut que le malade puisse imprimer lui-même les mouvements artificiels. Ces avantages se trouvent réunis dans l'emploi des appareils auxquels l'auteur donne le nom d'appareils de mouvements.

Considérés d'une manière générale, ces appareils sont formés de deux parties, l'une fixe destinée à assujettir l'un des os qui forment l'articulation malade, l'autre mobile servant à saisir l'os qui doit être mis en mouvement. Au moyen de tiges faisant l'office de levier ou de cordes réfléchies par des poulies, le malade transmet sans le secours d'aucun aide le mouvement qui doit être établi. La construction de ces appareils varie suivant chaque jointure et même suivant chacun des mouvements que l'on veut imprimer à une même articulation. Ainsi, pour le pied, par exemple, quatre appareils différents sont destinés à produire les mouvements variés de cet organe. Il est essentiel, en effet, de faire exécuter successivement des mouvements naturels de l'articulation dont on veut rétablir les fonctions, en insistant sur ceux dont l'exercice offre le plus de difficultés; dans les cas simples, cependant, il

peut être suffisant d'exercer seulement le mouvement principal. Ce serait une erreur de croire que la construction de ces appareils soit compliquée et difficile à réaliser; ils sont en général assez simples et peuvent être adaptés à des malades de taille différente. Les deux dessins suivants, pris parmi ceux que renferme le Mémoire de M. Bonnet, donneront au lecteur une idée exacte de la disposition de ces appareils.



Cet appareil est destiné, comme on le voit, à faire exécuter les mouvements angulaires du genou. La cuisse est fixée par une sorte de gouttière qui l'enveloppe; deux tiges en fer, placées sur les côtés de la cuisse et faisant partie de la gouttière, s'étendent horizontalement en avant suivant l'axe du fémur. A leur extrémité antérieure elles sont soutenues par un support vertical. La jambe est maintenue, à l'aide d'un bracelet muni de courroies, entre deux tiges parallèles réunies en bas par une traverse et articulées au niveau du genou avec les tiges horizontales qui fixent la cuisse. Le prolongement supérieur de la branche qui suit le côté externe de la jambe se termine par un manche à l'aide duquel le malade peut imprimer les mouvements de flexion; la corde fixée à la traverse inférieure et réfléchie par une poulie à l'extrémité antérieure de l'appareil sert à exécuter les mouvements d'extension. Au côté externe de l'appareil est adapté un demi-cercle gradué, dont le centre correspond à celui des mouvements, il est placé de manière que la tige jambière glisse sur sa face interne comme une aiguille sur un cadran. Un collier de fer et une vis de pression permettent d'arrêter cette tige sur différents points du demi-cercle, et conséquemment de fixer la jambe à divers degrés de flexion.

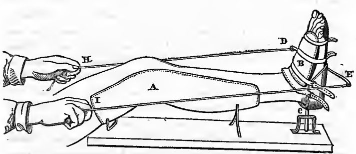
L'utilité de ce cadran pour mesurer l'étendue des mouvements obte-

nus, et comme moyen de fixer le membre dans diverses attitudes ne saurait être contestée. Cependant l'auteur lui-même ne paraît pas attacher à cette addition beaucoup d'importance, car nous ne la trouvons pas dans les derniers appareils dont il donne la description. Ainsi qu'il le fait remarquer lui-même à propos des mouvements de la cuisse, l'avantage qui résulte de la faculté de mesurer l'étendue de la mobilité est en partie illusoire, car il est impossible d'éviter qu'il ne se passe quelques mouvements en dehors de l'articulation elle-même. Quant à fixer l'articulation à divers degrés de flexion ou d'extension, les cordes et les leviers qui servent à imprimer les mouvements peuvent aisément atteindre ce but.

Les appareils à l'aide desquels les mouvements angulaires sont produits présentent, pour la plupart, les dispositions que l'on trouve dans la figure précédente. Quelques-uns sont plus simples encore. Une gouttière immobilise l'une des parties qui constituent la jointure, et les cordes qui servent à imprimer les mouvements sont appliquées directement sur la partie à mouvoir. (Fig. 1 et 5 du Mémoire.)

Les mouvements de rotation sont produits par des appareils ingénieux, dans lesquels l'extrémité libre du membre est soutenue par un axe mobile placé dans la direction de l'os qu'il faut mouvoir.

Dans l'appareil suivant, destiné à produire l'inclinaison latérale de la totalité du pied en dedans ou en dehors, c'est un pivot vertical qui est le centre des mouvements.



Le membre inférieur, placé horizontalement et légèrement fléchi, est reçu dans une gouttière A, qui s'étend du tiers inférieur de la cuisse au quart inférieur de la jambe. Le pied est renfermé dans une sorte de soulier, dont la portion supérieure B, celle qui couvre le dos du pied, est mobile, et peut être serrée, plus ou moins, à l'aide de courroies. Au talon de ce soulier est fixée une tige de fer arrondie C, ayant un centimètre de diamètre et dix de longueur. Cette tige, qui fait l'office de

pivot, repose, par son extrémité libre, sur le support de l'appareil ; elle est maintenue dans une direction perpendiculaire à ce support, par un collier de fer, dans l'ouverture duquel elle peut tourner à frottement doux.

A la partie moyenne de la semelle contre laquelle appuie le pied, est adapté un levier transversal dont les deux extrémités D et E, écartées de 18 à 20 centimètres des bords du pied, servent de point d'attache à des cordons dont les bouts H, I sont à la portée des mains du malade. Celui-ci, en exerçant des tractions alternatives sur chacun de ces cordons, imprime au pied placé dans l'appareil des mouvements de latéralité dont le mode de production est facile à comprendre. Ces mouvements sont régularisés, sans être gênés, par le pivot qui soutient le pied. Grâce à ce support, les tractions exercées sur les cordons produisent seulement l'inclinaison latérale, sans fléchir le pied sur la jambe, et sans presser, de haut en bas, les os du tarse contre l'extrémité inférieure du tibia.

L'emploi des appareils de mouvement n'est pas indiqué dans toutes les maladies articulaires. Dans les inflammations aiguës, le repos, dans une bonne position, est la première condition du traitement ; c'est seulement dans les arthropathies chroniques, ou lorsque les accidents inflammatoires sont passés, qu'il y a lieu de recourir aux mouvements artificiels. M. Bonnet divise de la manière suivante les maladies dans lesquelles il conseille l'emploi de ses appareils :

1° Arthropathies, suites de l'immobilité des jointures (sous cette dénomination sont compris les gonflements des jointures et les difficultés de mouvement que l'on observe à la suite du traitement des fractures) ; 2° arthropathies consécutives aux entorses ; 3° difficultés des mouvements, consécutives à d'anciennes luxations réduites ; 4° inflammations chroniques, dites rhumatismales ; en d'autres termes, inflammations chroniques sans suppuration, sans fongosités, sans tubercules ; 5° tumeurs fongueuses des jointures, suites ordinaires d'affections scrofuleuses ; 6° ankyloses.

Le rôle des mouvements artificiels, comme agent thérapeutique, n'est pas le même dans ces diverses maladies articulaires. Dans les trois premières variétés ils peuvent former la base du traitement, car le mal est essentiellement local, et l'indication principale est de rétablir la mobilité. Dans les inflammations chroniques de nature rhumatismale et dans les tumeurs fongueuses, au contraire, il faut, avant tout, combattre la cause du mal et modifier la constitution ; mais, ces indications remplies, l'exercice des mouvements artificiels ne doit pas être négligé. Dans les phlegmasies rhumatismales, les cartilages, en partie absorbés,

offrent une surface rugueuse; le liquide synovial n'existe pas, ou il est remplacé pas la sérosité des hydarthroses; les parties molles de l'articulation deviennent plus épaisses et moins souples, par la production de tissus fibreux ou lardacés de nouvelle formation. Le tableau des lésions anatomiques des tumeurs fongueuses est le même, seulement l'organisation des produits de l'inflammation s'arrête à l'état de fongosités au lieu de donner lieu à des tissus fibreux, comme dans les inflammations rhumatismales. Appliqués à cet ordre de maladies, les mouvements artificiels ont une action analogue à celle des douches résolutives, mais leur effet est plus général; car, tandis que les douches agissent seulement sur la peau et les parties molles sous-jacentes, il n'est pas une partie de l'articulation qui, par l'influence des mouvements, ne soit soumise à des pressions, des frottements ou des alternations de relâchement et d'extension.

L'utilité des mouvements artificiels dans l'ankylose est limitée aux cas où il existe une ankylose incomplète purement fibreuse, sans déformation des surfaces articulaires, et lorsqu'il existe seulement une ulcération des cartilages.

Si, dans les maladies chroniques des articulations, on a été conduit à conseiller l'immobilité, c'est que l'on a été frappé des douleurs qu'occasionnent les mouvements spontanés. Ainsi, quand un malade, dont le genou est altéré, se lève et essaye de marcher, ses douleurs augmentent; elles se calment, au contraire, s'il se repose, et on les voit aussi diminuer par le repos et augmenter par l'exercice. Si, au lieu d'imposer aux malades la marche, exercice complexe dans lequel la station verticale est associée aux contractions musculaires, on fait exécuter des mouvements artificiels dans la position horizontale, ceux-ci ne produisent qu'une douleur passagère, chaque jour décroissante, et après leur emploi plus ou moins prolongé, la marche devient plus facile.

Après les considérations générales dont nous venons de présenter l'analyse, l'auteur fait connaître les appareils qu'il a imaginés pour chaque articulation en particulier, ainsi que les cas dans lesquels il les a mis en pratique. Nous regrettons que les limites de cet article ne nous permettent pas de le suivre dans les développements pleins d'intérêt que renferme cette partie de son travail. Au genou, au coude, à la hanche, au pied et au poignet, les appareils de mouvement ont été appliqués dans les diverses maladies que nous avons mentionnées. Des observations complètes et détaillées font connaître d'une manière précise quel était l'état du malade au moment du traitement, quels ont été les différentes phases de celui-ci et quel en a été le résultat. On verra, en les lisant, quel parti on a pu tirer de ce nouveau moyen thérapeutique

dans des cas difficiles où il a été la base du traitement, comme dans les observations neuvième et dixième, relatives, l'une à une fausse ankylose des deux cuisses, l'autre à une arthrite chronique de la hanche, suite d'une entorse.

On verra dans d'autres cas l'emploi des appareils de mouvement être précédé de sections tendineuses, de ponctions sous-cutanées et former le complément de traitements complexes où les remèdes locaux sont associés à des moyens généraux capables de modifier la constitution, à l'usage de l'iodure de potassium, des bains de vapeur, des douches froides ou des procédés hydrothérapiques. Nous avons surtout remarqué, comme exemples de cette combinaison de moyens thérapeutiques, les observations deuxième et huitième se rapportant à une arthrite chronique du genou et à une coxalgie de nature scrofuleuse. La durée du traitement est variable suivant la gravité des lésions. Dans les arthropathies légères, à la suite des fractures, des entorses, des rhumatismes, quelques semaines d'exercice des mouvements peuvent suffire; mais dans les cas où les surfaces articulaires sont ulcérées, lorsqu'il existe des fongosités ou des tissus lardacés, il faut persévérer pendant cinq ou six mois.

Pour compléter ce que nous avons dit des principes sur lesquels s'appuie la méthode conseillée par M. Bonnet, et des résultats qu'elle a produits entre ses mains, nous ne saurions mieux faire que de reproduire quelques passages du résumé qui termine le Mémoire qui nous occupe.

« Ce Mémoire, dit l'auteur, n'est pas seulement l'étude d'une question spéciale, c'est le premier pas fait dans une grande voie qui s'ouvre à la thérapeutique : *le traitement des maladies par l'exercice des fonctions.* Je ne sais si je suis dans l'erreur, mais j'ai la conviction qu'on réalisera les progrès les plus utiles en soumettant les organes malades à des exercices spéciaux, secondés par des moyens en rapport avec leur usage. »

Conduit par cette idée générale, M. Bonnet a entrepris avec succès le traitement des déviations de la colonne vertébrale par l'emploi des mouvements artificiels, et par celui de certaines inclinaisons du cou qui forcent les malades à redresser les courbures du tronc pour se maintenir en équilibre pendant la marche. A l'imitation de quelques oculistes, il a appliqué aussi à des amauroses commençantes l'exercice des yeux au moyen de certaines lunettes.

Quoique l'idée générale et systématisée de traiter les maladies par l'exercice des fonctions n'ait pas encore été formulée, on en trouve de nombreuses applications dans la pratique chirurgicale. Ainsi les engor-

gements des membres et la raideur des articulations à la suite des fractures et des entorses se dissipent sous l'influence de la marche; ainsi la meilleure méthode pour guérir le bégayement, c'est un exercice déterminé dans les inspirations, les expirations, la position de la langue et l'articulation des mots.

En médecine, les exemples de traitement par l'exercice des fonctions sont très-nombreux. L'auteur indique les suivants : 1° traitement des gastralgies par une certaine alimentation ; 2° traitement de la constipation par le soin de se présenter à la selle une fois chaque jour, et à la même heure (Trousseau) ; 3° traitement des oppressions et de diverses lésions pulmonaires, par les bains d'air comprimé (Pravaz) ; 4° traitement moral de la folie (Leuret) ; 5° excitation de la calorification languissante, par une impression momentanée du froid (hydrothérapie) ; 6° rétablissement des fonctions de la peau, par les sueurs provoquées et par les lotions froides (hydrothérapie) ; 7° exercice modéré et régulier des organes génitaux dans les pertes séminales (Lallemand).

« Mais, qu'on le remarque bien, dit M. Bonnet, il ne suffit pas de dire au malade de faire agir les organes d'abord avec modération, et plus tard pendant un temps et avec une activité graduellement croissants : il faut lui donner les moyens artificiels, souvent indispensables pour que les fonctions s'exécutent et que leur exercice n'entraîne pas de douleurs. Un exercice de chacun des éléments de la fonction doit souvent précéder celui de la fonction complexe. Ainsi dans l'emploi de mes appareils pour le mouvement des articulations, ce n'est pas la marche, la préhension, la fonction complexe que l'on fait exécuter, ce sont des éléments de ces fonctions, la flexion et l'extension, l'adduction et l'abduction, etc.; encore, dans ces mouvements simples, ce n'est pas du mouvement produit par la contraction musculaire qu'il s'agit. C'est d'un mouvement passif, analogue à celui qu'on imprimerait à un cadavre. »

Si nous recherchons, d'après le résumé présenté par M. Bonnet, quels ont été les effets de l'application de cette méthode aux maladies des jointures, nous trouvons les résultats suivants : Toutes les observations rapportées démontrent l'innocuité des mouvements artificiels. Quand on les applique à des maladies chroniques, sans complication d'inflammation aiguë, on observe, il est vrai, dans les premiers essais un peu de gonflement et de chaleur ; mais ces symptômes sont passagers. Au bout de quelque temps les mouvements, loin de produire de la douleur, donnent aux jointures une souplesse que le malade reconnaît immédiatement après l'usage des appareils. Une seule fois,

dans une maladie de la bouche, il s'est manifesté pendant le cours du traitement des douleurs vives qui ont obligé de recourir au repos. La suite de la maladie, en démontrant l'existence d'un abcès profond, qui a fini par se faire jour au dehors, a expliqué l'aggravation observée dans ce cas.

Les résultats ont été nuls lorsqu'il existait une absorption des surfaces articulaires, sans ankylose (une observation de maladie de la hanche), ou avec ankylose (observation de maladie de la hanche, mal du genou). Ces résultats ne doivent pas étonner ; le rétablissement de la motilité est impossible lorsqu'il existe une profonde excavation des surfaces articulaires. Dans ces cas, le traitement mécanique doit avoir seulement pour but : 1° de ramener les membres à la direction la plus favorable à la marche, ou à la préhension ; 2° de faciliter leur ankylose dans des rapports convenables.

Une grande amélioration ou une guérison complète ont été obtenues, lorsque les lésions articulaires étaient produites par des causes extérieures sur des sujets bien constitués (deux observations d'entorses du pied et une de la hanche ; deux observations d'arthropathies consécutives à la réduction d'anciennes luxations du coude ; deux observations d'arthropathies, suites de l'immobilité). Les appareils de mouvement n'ont pas eu moins d'utilité comme moyen complémentaire du traitement chirurgical des pieds-bots (trois observations). Des résultats satisfaisants ont été aussi obtenus dans les inflammations chroniques simples ou de nature rhumatismale ; dans ces cas, la mobilité a été rétablie d'une manière plus ou moins complète, et l'engorgement diminué ou guéri (trois observations de maladies du genou, deux de la hanche, trois de l'épaule ; une observation de rhumatisme généralisé, une de goutte aux pieds). Quant aux tumeurs blanches ou aux tumeurs fongueuses, l'exercice des mouvements a produit sur elles une action résolutive remarquable (une observation de maladie du genou, deux observations de maladies du coude, une maladie du pied, une du poignet). Lorsqu'il existe de la suppuration, les chances de succès sont beaucoup moindres. Cependant, en joignant l'emploi des appareils de mouvement aux méthodes qu'une science avancée met à la disposition du chirurgien, il a été possible d'obtenir, sinon une guérison complète, du moins une amélioration inespérée (observation de coxalgie de nature scrofuleuse).

Que les appareils de mouvement aient été employés seuls pour rétablir la mobilité ou qu'ils aient été associés à d'autres moyens, il a été facile de déterminer la part qu'il fallait leur attribuer dans les résultats du traitement. Ils ont contribué à la guérison de deux manières : 1° par

une action économique en quelque sorte, en polissant les surfaces articulaires et en assouplissant les ligaments; 2° par une action vitale, en favorisant la résolution des engorgements chroniques et en provoquant un exercice musculaire utile à la santé générale.

« Quoi qu'il en soit, dit en terminant M. Bonnet, une méthode ne peut s'appuyer que pour un temps sur les observations de son auteur. Pour qu'elle reste dans la pratique, il faut qu'elle soit trouvée bonne dans les essais tentés par ceux qui n'ont eu aucune part à sa création. C'est la véritable condition de sa durée. J'espère que cet élément de vie ne manquera pas à la médication que je propose. Sans doute pour la mettre en pratique il est nécessaire de faire construire des appareils plus ou moins dispendieux, qui exigent des artistes spéciaux; mais, en présence de maux graves, qui résistent, en général, à tous les moyens connus, peut-on hésiter devant ces sacrifices et devant ces embarras! »

Nous ne doutons pas que les idées et les procédés de M. Bonnet ne reçoivent la sanction expérimentale qu'il désire. Sa réputation scientifique et ses travaux antérieurs sur les maladies des articulations ne sauraient manquer d'attirer l'attention sur la nouvelle publication dont nous venons de donner une analyse succincte. Les dessins et les descriptions exactes qui font connaître les appareils construits pour chaque jointure, ainsi que les observations nombreuses et détaillées qui indiquent les résultats obtenus, montrent avec quel soin et dans quelles vues pratiques ce travail a été fait. On n'y trouve pas seulement des notions générales sur une nouvelle méthode thérapeutique, mais aussi des détails et des renseignements exacts qui peuvent guider sûrement ceux qui voudraient imiter le savant chirurgien de Lyon.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DES SUCCÉDANÉS OU MÉDICAMENTS ANALOGUES.

On donne le nom de succédanés aux médicaments que l'on peut substituer à d'autres en dehors de toute idée de fraude.

La question des succédanés est beaucoup plus importante qu'on ne l'a faite jusqu'à présent; car, approfondie théoriquement et expérimentalement comme nous l'entendons, elle aurait pour résultat final d'être d'un immense secours pour la médecine pratique. Mais on conçoit que ce n'est point dans des dimensions aussi larges que nous allons la traiter ici; non, nous ne voulons que l'effleurer.

Partant de ce principe trop certain qu'il n'y a pas deux substances exactement semblables, le pharmacien ne doit se permettre aucune

substitution, quelque rationnelle, quelque loyale qu'elle lui paraisse, substances prescrites par le Codex, ou dans une prescription magistrale, si ce n'est dans le cas d'absolue nécessité. Mais le médecin, lui, peut prescrire tel médicament qu'il lui convient ; substituer, si bon lui semble, dans une préparation officinale telle substance à telle autre, parce qu'il connaît l'état de son malade et l'effet qu'il veut obtenir.

L'expérience est assurément le meilleur guide à suivre pour le choix des succédanés. Cependant l'analogie peut conduire, sous ce rapport, à d'utiles résultats; et le moyen le plus certain d'arriver à reconnaître, les analogies est, sans contredit, d'avoir recours aux classifications naturelles des corps.

En minéralogie, deux substances dissemblables qui assument la même cristallisation sont dites *isomorphes ;* et la même substance qui est susceptible de prendre deux formes cristallines distinctes est dite *dimorphe*. Le docteur Blacke avance que le plus intime point de ressemblance existe généralement entre les composés isomorphes dans leur action sur l'économie, lorsqu'ils sont introduits dans le sang, bien que leur action, lorsqu'ils sont ingérés dans l'estomac, soit quelquefois très-dissemblable. Ainsi, personne ne voudra soutenir que le triphosphate de soude et le triarséniate de même base, quoique isomorphes, aient la même action sur l'économie ; l'acide arsénieux est isomorphe avec le peroxyde d'antimoine, et cependant leurs effets sont également fort dissemblables.

Le recours aux classifications zoologiques ne peut être d'aucun profit pour la question qui nous occupe.

Cæsalpiuius, selon Dierbach, est le premier qui ait établi que les plantes qui se ressemblent par leurs caractères extérieurs sont douées des mêmes propriétés médicinales, tandis que, selon Decandolle, le fondateur de cette doctrine serait Camerarius. Linnée a dit : « *Plantæ quæ* GENERE *conveniunt, etiam virtute conveniunt; quæ* ORDINE *naturali continentur, etiam virtute propius accedunt; quæque* CLASSE *naturali congruunt, etiam viribus quodammodo congruunt.*» Jussieu, Gmelin, Isenflamm, Bartum, professaient la même opinion. Mais les travaux les plus importants qui aient été faits pour démontrer l'analogie des propriétés médicinales des plantes de la même famille naturelle sont ceux de Decandolle (1816) et de Dierbach (1831).

Si l'on parcourt la série des familles botaniques, on reconnaît en effet bien vite que cette analogie dans les propriétés médicinales des plantes d'une même famille est réelle, et n'est que la conséquence de l'analogie des principes chimiques qu'elles renferment. Citons quelques exemples :

Les amomées. — Contiennent des principes huileux volatils. Elles sont toutes excitantes. Par exception le *maranta* est un amylaeé.

Aurantiacées. — Une huile volatile dans les feuilles, les fleurs et le zeste des fruits, qui en fait des antispasmodiques ; un suc acide dans le fruit qui en fait des réfrigérants.

Borraginées. — Un principe mucilagineux. Ce sont des émollients.

Conifères.—Des huiles volatiles et des résines. Ce sont des excitants. Par exception la sabine est vénéneuse.

Convolvulacées. — Un principe résineux purgatif.

Crucifères. — Deux principes distincts se transformant en huile essentielle sous l'influence de l'eau. Stimulants antiscorbutiques.

Gentianées. — Des principes amers. Elles sont toutes toniques et fébrifuges.

Labiées. — Des huiles volatiles unies dans quelques-unes à des matières amères. Stimulants.

Graminées. — De l'amidon, et dans un petit nombre du sucre. Ce sont des analeptiques. Par exception, des andropogons contiennent de l'huile volatile, et le *lolum temulentum* ou ivraie, le *bromus mollis*, le *festuca quadridentata*, etc., sont vénéneux.

Ombellifères. — Des huiles volatiles, des gommes résines. Ce sont des stimulants carminatifs ou antispasmodiques. Par exception, la ciguë, l'éthuse, l'œnanthe safranée sont toxiques.

Solanées. — Un principe alcaloïdique très-actif domine dans toutes les espèces de cette famille. Elles sont toutes de puissants encéphaliques. Les tubercules du *solanum tuberosum* et les fruits des *S. esculentum* et *lycopersicum*, par exception, sont comestibles.

Strychnées. — De la strychnine et de la brucine. Médicaments tétaniques des plus dangereux.

Violacées. — Il existe uniformément dans la racine des violariées un principe vomitif qui permettrait leur emploi comme émétiques.

Nous eussions pu citer encore un grand nombre de familles jouissant, comme les exemples ci-dessus, de l'uniformité des propriétés médicinales dans toutes leurs espèces ; mais nous devons confesser aussi que d'autres, au delà du genre, offrent de très-grandes disparates. Néanmoins il faut admettre d'une manière générale que la similitude des organes des végétaux produit la similitude des principes élaborés. Il suit de là que les propriétés médicinales des plantes d'un même groupe naturel doivent être les mêmes ou analogues. Ce fait est d'accord avec l'expérience. Il est en effet reconnu que si une espèce végétale sert d'aliment à un animal, une autre espèce de ce genre, ou même d'un autre genre, mais de même ordre, est propre au même usage. Pareille-

ment, si une espèce est vénéneuse, les autres du même genre, si ce n'est de toute la famille, le seront aussi. On peut donc prévoir les propriétés médicinales d'un végétal, connaissant celles d'un ou de plusieurs autres de son ordre botanique.

Cependant de ce fait exceptionnel, il est vrai, que l'on trouve les mêmes principes chimiques et les mêmes propriétés médicinales dans des végétaux de familles fort éloignées sous le rapport botanique, faut-il conclure à la coïncidence de structure de certains de leurs organes? C'est là une question que nous ne chercherons pas à résoudre. Mais cette question, prise à un autre point de vue, fait découvrir un ordre d'analogie différent de celui offert par les familles naturelles, et que, en fait de succédanés, il sera quelquefois bon d'invoquer; nous voulons parler de l'élaboration de principes chimiques de même genre chimique par des organes de même nom. Ainsi on demandera :

Les principes acides aux fruits charnus;

Les principes amylacés aux semences, racines et tiges des monocotylédonées;

Les principes astringents aux feuilles, aux écorces;

Les principes colorants aux fleurs;

Les principes huileux aux semences.

Les conditions que doit remplir un succédané sont les suivantes: 1° posséder une action aussi rapprochée que possible de celle du médicament que l'on veut remplacer, de manière à ce que, s'il était moins actif, ce qui est le cas ordinaire, il suffise d'en élever la dose; 2° être d'un prix moindre; 3° autant que possible être indigène.

Ces considérations nous amènent naturellement à dire un mot d'un point de physiologie végétale, sur lequel les auteurs d'ouvrages d'histoire naturelle médicale n'ont point encore appelé l'attention; nous voulons parler de la répartition des principes immédiats dans les organes des végétaux. Nous venons de voir que ces principes, au lieu d'être disséminés dans toutes les parties des végétaux, affectionnent, au contraire, les uns les racines, les autres les feuilles, les fleurs, les semences, etc. Ce que nous voulons ajouter, à ce point de vue, c'est que non-seulement les principes immédiats végétaux se fixent dans un organe de préférence à un autre, mais encore s'y localisent. Le sucre n'est point répandu dans tout le parenchyme de la betterave, mais bien contenu dans des vaisseaux qui lui sont propres, et ces vaisseaux sont eux-mêmes en plus grand nombre dans la moitié inférieure de cette racine que dans la moitié supérieure, autrement dit, la betterave est plus riche en sucre à sa base qu'à son sommet. De même, dans la canne saccharifère le sucre existe plus abondamment au pied que dans la partie

supérieure de la tige, où sa quantité va décroissant presque en proportions arithmétiques. *Ab uno disce omnes*. En effet, ce que nous venons de dire de la betterave et de la canne saccharifère doit s'appliquer à tous les végétaux ; c'est une loi de la physiologie végétale.

On voit maintenant de quelle importance est, pour la thérapeutique, la connaissance de l'organisation végétale à ce point de vue et particularisée à chaque substance médicinale. Supposons, en effet, qu'au lieu de sucre il s'agisse d'un principe médicamenteux actif : quelle différence d'action sur l'économie animale n'obtiendra-t-on pas selon qu'on aura recours à la partie inférieure, médiane ou supérieure de l'organe végétal qui le recèle ! Malheureusement aucun travail suivi n'a encore été fait sur ce point de la matière médicale. Pour le quinquina, cependant, on sait aujourd'hui la partie de l'écorce où la quinine se trouve localisée. Mais là se bornent à peu près toutes nos connaissances.

DORVAULT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UN ANÉVRYSME DU PLI DU BRAS, GUÉRI PAR LA GALVANO-PUNCTURE SANS OBLITÉRATION DE L'ARTÈRE (1).

L'application de la galvano-puncture au traitement des anévrysmes compte déjà un certain nombre d'exemples, dont les résultats ont été plus ou moins satisfaisants. Les espérances qu'on peut fonder sur l'emploi de cette méthode curative me semblent trop légitimes pour ne pas engager les médecins à publier tous les faits capables de les confirmer. Une description exacte de toutes les phases de la maladie, une comparaison rigoureuse établie entre les divers procédés opéra-

(1) Puisque M. Pétrequin, dans l'article que nous avons récemment inséré dans le *Bulletin*, cite le fait de M. Vial, il ne nous est plus possible de le tenir sous le boisseau. Il y a deux années, lorsque notre confrère de Saint-Etienne nous a offert son travail sur le traitement des anévrysmes, nous l'avons engagé à l'adresser à l'Académie. Malgré ce laps de temps considérable, aucun rapport n'a été présenté. Cependant deux des commissaires eussent prononcé en connaissance de cause : M. le professeur Laugier a été témoin du fait que nous avons publié, et M. Amussat a appliqué, deux fois et avec succès, la galvano-puncture à la cure d'anévrysmes. Nous insérons seulement la partie du travail de M. Vial ayant trait à la galvano-puncture, afin de ne pas priver notre confrère du jugement académique. Nous ferons une seule remarque pour ceux de nos confrères qui voudraient tenter cette application précieuse de la galvano-puncture : bien que le caillot ne se soit point formé, pendant la première séance, dans une assez grande étendue pour remplir le sac et rendre son existence incontestable, il n'en existe pas moins, et si l'on prend le soin de continuer la compression du tronc artériel après l'opération, le dépôt fibrineux augmente peu à peu jusqu'à ce qu'il ait rempli la poche anévrysmale ; à dater de ce moment, le retrait du sac commence pour ne plus s'arrêter. Ceux qui ont été témoins de la douleur provoquée par la galvano-puncture préféreront avoir recours à cette manière de procéder. (*Note du rédacteur en chef.*)

toires, contribueront surtout à déduire les conséquences théoriques et pratiques favorables à l'adoption d'un agent thérapeutique aussi précieux.

Obs. *Anévrysme traumatique du pli du bras.—Séances nombreuses de galvano-puncture.—Coagulation du sang et retrait progressif du sac anévrysmal.—Guérison de l'anévrysme sans oblitération de l'artère.—Autopsie de la pièce.*—Un passementier âgé de vingt ans, en apparence bien constitué, portait depuis trois mois au pli du bras droit une tumeur du volume d'un gros œuf. Cette tumeur, survenue immédiatement après une saignée, présentait tous les caractères d'un anévrysme faux consécutif. En la voyant, je n'eus qu'une pensée, celle de la guérir par l'usage de la galvano-puncture.

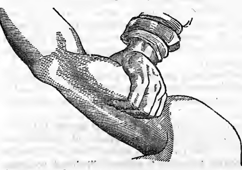
C'était au mois d'août 1846 Une première séance eut lieu le 8, en présence de plusieurs confrères et de M. Janicot, jeune et habile professeur de chimie, assez obligeant pour diriger lui-même le jeu de la pile voltaïque dont je dus me servir. Cette pile était celle de *Wollaston modifiée.* Elle se composait d'une série de trente-cinq couples, d'un décimètre carré environ de surface, rendue fixe au moyen de deux traverses en bois, et plongeant dans une auge qui contenait de l'eau aiguisée de 1/30 d'acide sulfurique auquel on avait ajouté quelques gouttes d'acide azotique.

Les deux pôles de la pile étaient munis de fils de cuivre entourés, sur toute leur longueur, d'une enveloppe de soie; leur extrémité seule offrait le métal à nu. C'est avec cet instrument qu'on faisait passer les courants électriques à travers les aiguilles d'acier implantées dans la tumeur.

On avait toujours soin de plonger peu à peu les couples de la pile dans l'eau acidulée, et d'augmenter ainsi progressivement la dose d'électricité. Du reste, avant l'opération, on s'assurait encore d'une manière approximative de la force des courants.

Après avoir convenablement disposé l'instrument sur une table où reposait le bras du malade, assis lui-même dans un fauteuil, j'enfonçai sur les côtés de la tumeur anévrysmale, perpendiculairement au cours du sang, deux aiguilles longues de six centimètres. Pour soustraire les tissus qu'elles traversaient à l'action cautérisante du fluide galvanique, j'eus la précaution de les enduire d'un vernis à la gomme dans la plus grande étendue possible de leur portion moyenne. Mes doigts garnis d'une étoffe de soie maintenaient en rapport les pôles avec les aiguilles.

L'artère brachiale comprimée, mais d'une manière très-inexacte, la machine joua d'abord avec douceur, ensuite avec assez de force pour déterminer, deux fois, des secousses violentes dans l'avant-bras. Les douleurs furent si intenses que je crus prudent de suspendre l'expérience au bout de six à sept minutes.



Pendant sa durée, la peau devint violacée, le bras s'engorgea, les veines

se gonflèrent, la tumeur parut augmenter de volume et ses pulsations offrirent plus de violence et d'étendue. Immédiatement après, je la couvris de compresses trempées dans l'eau blanche froide que je maintins avec des jets de bande assez peu serrés.

Le lendemain, il existait à peine un peu de sensibilité. Les battements seuls étaient toujours très-prononcés. Le malade ne garda pas le lit. Le troisième et le quatrième jour, tout était revenu à l'état ordinaire.

Le cinquième, eut lieu la deuxième séance. L'artère fut exactement comprimée. Je me servis de quatre aiguilles bien vernissées et plus longues que les premières. Implantées perpendiculairement au cours du sang, elles s'entre-croisaient parfaitement dans la tumeur. J'eus soin de changer plusieurs fois les courants galvaniques. L'engorgement du membre, le gonflement des veines, la teinte violacée de la peau, la violence des douleurs ne furent pas moindres que la première fois. Je ne pus agir au delà de six minutes. Le sixième et le septième jour, il existait à peine un peu plus de sensibilité dans la partie.

Une troisième tentative est faite le huitième jour avec les mêmes précautions, et cette fois encore, je ne suis pas plus avancé. Je n'obtiens aucun changement immédiat. De légères souffrances persistent après l'opération, puis s'éteignent complétement plus tard.

Dans la soirée, les pulsations n'ont pas diminué. Néanmoins, le doigt rencontre, au niveau de l'insertion des aiguilles, de petites duretés dont je crois pouvoir attribuer l'origine à du sang coagulé.

Le dixième jour, 16 août, je procède à une quatrième expérience, avec le soin de remplir rigoureusement toutes les conditions exigées pour le succès de l'opération. Je ne la prolonge pas plus que les autres. Son résultat n'est pas plus apparent.

Le lendemain, me reprochant d'avoir peut-être laissé trop d'intervalle entre chaque séance galvanique, je veux opérer de nouveau, dans l'espoir d'obtenir enfin une *coagulation instantanée du sang, que je crois nécessaire au succès :* le malade s'y refuse opiniâtrément.

En désespoir de cause, j'essaye la glace, j'établis une compression permanente sur l'artère brachiale; je ne réussis pas mieux. Le malade supporte à peine quelques moments, et de loin en loin, ces divers moyens.

Les jours suivants, la tumeur a conservé le même volume; toutefois elle est plus résistante et moins compressible. Ses battements, dans la flexion du membre, se perçoivent aussi facilement que ceux de la radiale; ils s'effacent sous une pression légère des doigts et cessent complétement dans l'extension. Dans cette position, en effet, la tumeur en partie solidifiée, si je puis m'exprimer ainsi, exerce une pression suffisante sur l'artère pour suspendre le cours du sang dans ce vaisseau.

Observant un temps d'arrêt dans un mal qui d'ordinaire va toujours en s'aggravant, je commence à croire au succès. Le 18 septembre, je constate la disparition complète des pulsations : elles ne se font sentir dans aucune position du bras.

Chaque jour, je m'assure d'un changement si vivement attendu. La tumeur, mobile et plus dure, semble s'isoler des parties voisines; elle diminue d'une manière graduelle, et n'a bientôt plus que le volume d'une noix. Dans la pensée d'activer la résolution, je prescris la pommade d'iodure de potassium. Après plusieurs frictions, il me semble découvrir un léger bruissement qui se

prononce de plus en plus, et le 6 octobre, c'est une pulsation tout à fait caractérisée. Le mal pourtant ne fait pas de progrès. Dans le courant de décembre, des accidents graves se manifestent du côté de la poitrine, et je prévois une terminaison fâcheuse que je m'efforce de retarder par les moyens les plus rationnels.

Je n'oublie pas l'affection première dont je surveille la marche avec un soin scrupuleux. De ce côté, l'amélioration est positive. L'anévrysme est réduit au volume d'une amande, et le 22 décembre, je cherche en vain des pulsations dans la tumeur. En la repoussant en dedans, il me semble seulement sentir à sa partie postérieure et externe un faible battement de l'artère. Interrompue dans le sac anévrysmal, la circulation reste libre dans tous les vaisseaux du bras et de l'avant-bras. La mort survint le 12 janvier. Pendant vingt jours, j'ai donc pu croire à une guérison radicale.

L'autopsie prouvera que rien n'était plus fondé. Sur la peau se dessinait toujours la cicatrice de la saignée. Au-dessous, la veine basilique restait isolée de la tumeur anévrysmale. Celle-ci formait un kyste dont les parois devaient avoir près de deux millimètres d'épaisseur. De sa surface interne, lisse et blanche, le manche du scalpel détachait sans peine la matière qui remplissait sa cavité. Cette matière, d'une couleur grise rougeâtre, avait la consistance d'un hachis. Adossée à la partie postérieure et externe du sac, l'artère brachiale communiquait avec lui par une petite ouverture ovalaire d'où s'échappaient deux filaments rosés, véritables produits, mais uniques traces de la coagulation du sang. L'un d'eux remontait à deux ou trois centimètres au-dessus, et l'autre descendait à une distance à peu près égale, jusqu'à l'origine de la radiale. Le calibre artériel était toujours le même, et la membrane interne du vaisseau, exempte de toute altération, en traversant l'ouverture faite par la lancette, semblait se prolonger et se perdre dans la poche hématique sur laquelle il me fut impossible de découvrir aucune trace de phlogose. Le nerf médian placé derrière la tumeur, en dedans de l'artère, se présentait sous son aspect normal.

La dissection des parties faite d'arrière en avant, et l'artère fendue dans toute sa longueur, vers sa paroi postérieure, me rendirent facile l'exploration de toutes ces dispositions anatomo-pathologiques.

L'autopsie me démontra donc l'existence d'un anévrysme faux circonscrit, dont le sac, formé aux dépens du tissu cellulaire voisin, était rempli par de la fibrine coagulée, tandis que l'artère lésée, communiquant toujours avec lui par une petite ouverture, continuait à charrier du sang liquide, ne présentait aucune trace d'oblitération, aucun signe d'altération, et pour tout phénomène de coagulation n'offrait que les deux filaments rosés dont j'ai parlé plus haut.

L'action de la galvano-puncture bornée à la simple coagulation d sang dans la poche anévrysmale, l'anévrysme guéri sans oblitération de l'artère, voilà donc deux faits incontestables.

Réflexions. Il est facile désormais de prévoir les applications heureuses que l'on peut faire de la galvano-puncture dans tous les anévrysmes sacciformes, quelle que soit leur cause première, traumatique

ou spontanée, quel que soit leur siége, loin ou près des grandes cavités.

Pour acquérir à ce sujet une conviction entière, je rappellerai briève ment les principaux phénomènes des diverses opérations connues jusqu'à ce jour.

Le nombre et le peu de durée des séances galvaniques, le cours du sang toujours libre et facile, l'absence de toute complication fâcheuse, tels sont les faits saillants de celle que j'ai pratiquée.

Les douleurs, très-vives sans doute, n'ont cependant pas été assez prolongées pour devenir la source d'accidents graves. A l'avenir d'ailleurs, leurs funestes effets seront heureusement paralysés par l'action puissante des vapeurs d'éther sur le système nerveux.

Les pulsations ont longtemps persévéré dans la tumeur : au bout d'un mois seulement, elles ont disparu pour se reproduire douze jours après. Mais dans ce laps de temps, et plus tard surtout, le mal n'en a pas moins suspendu ses progrès. Il a même rétrogradé, et cette marche rétrograde dans une maladie qui croît toujours, signalait déjà un commencement de réussite.

La tumeur, en effet, primitivement grosse comme un œuf, compressible, élastique, devient plus dure, plus dense, et n'a bientôt plus que le volume d'une noix. Avec le temps, elle se réduit encore, et devient à peine comparable à une amande. Les pulsations cessent de nouveau pendant trois semaines, et la mort, amenée par une désorganisation pulmonaire, permet de m'assurer que ce devait être pour toujours.

La coagulation du sang ne s'est opérée que d'une manière lente et graduelle; mais pour ne pas avoir été immédiate, elle n'en a pas moins été réelle, et, quoique tardive, la guérison a été complète.

Quatre mois ont suffi pour obtenir une cure que n'a pas entravée l'accident même le plus léger.

Les chirurgiens de Lyon et d'Italie n'ont pas eu le même bonheur pour leurs malades. Chez presque tous, on a constaté, à des degrés divers toutefois, la longue durée de l'action galvanique, la violence extrême des douleurs, l'inflammation et la suppuration du sac anévrysmal, la formation de petites escarres aux points d'implantation des aiguilles, la gêne plus ou moins grande de la circulation, la nécessité d'un long repos et la raideur des articulations.

A la suite de décharges électriques affreusement douloureuses et soutenues pendant vingt à vingt-cinq minutes, personne à coup sûr ne s'étonnera des accidents inflammatoires, des suppurations abondantes.

Un seul exemple, j'en conviens, milite en faveur de ma manière de voir; mais je compte sur l'avenir pour lui prêter l'appui d'observations

nouvelles. Opération essentiellement innocente, la galvano-puncture désormais sera toute-puissante contre les anévrysmes sacciformes.

Mais quel que soit l'avenir brillant réservé à la galvano-puncture, on se souviendra toujours des services qu'ont rendus et que rendront sans doute encore la ligature et la compression. Dans son enthousiasme bien naturel pour sa méthode, M. Pétrequin cite les nombreux revers que la chirurgie a éprouvés dans les opérations d'anévrysme. Ils ne sont que trop vrais. Mais leurs causes principales sont, avant toutes choses, le séjour des grands hôpitaux et les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles les malades s'y trouvent placés. Cette opinion m'est permise lorsque je songe aux succès fréquents dont nous sommes témoins en province, lorsque je me rappelle quatre ligatures récentes de l'artère brachiale pratiquées et terminées de la manière la plus satisfaisante.

VIAL, D. M. P.,
Chirurgien de l'hôpital de St-Etienne (Loire).

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

CAUSTIQUE (*Remarques sur un essai fait avec l'acide azotique monohydraté, employé comme*). Nous avons cité, dans notre avant-dernier numéro, la formule d'un nouveau caustique composé d'une sorte de solution de charpie ou de coton, dans l'acide azotique monohydraté. Nous avons fait connaître les avantages assez séduisants que son auteur, M. Rivallié, attribue à ce nouveau caustique. Nous avons sous les yeux le récit d'un essai qui en a été fait à l'hôpital Saint-Louis, et qui n'a pas semblé confirmer la réalité des avantages annoncés par ce médecin. MM. Nélaton et Malgaigne en ont fait usage sur une femme qui portait une tumeur cancéreuse du sein avec ulcération, mais sans adhérence au tissu sous jacent. Le caustique s'est maintenu fort liquide; malgré la garniture de compresses et de charpie, il a fusé, en plusieurs points, sur la peau saine; l'escarre était jaune et tenace; il a été impossible de l'enlever avec la spatule; et quand elle s'est détachée, quelques jours après, on a vu qu'elle était bien moins épaisse que si l'on eût employé la poudre de Vienne. Enfin, bien que cette femme eût été endormie avec le chloroforme, une fois réveillée, elle a accusé de vives douleurs qui se sont prolongées toute la journée et une partie de la nuit. Tels sont les faits rapportés par les deux chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis. Nous regrettons qu'ils n'aient pas fait connaître plus en détail la manière dont ils ont appliqué ce nouveau caustique. Ainsi, ont-ils employé l'acide nitrique au plus haut degré de concentration, ne contenant qu'un équivalent d'eau? C'est la précaution recommandée par M. Rivallié, pour éviter que le caustique ne fuse sur les tissus voisins. Ont-ils eu la précaution, après avoir enlevé le caustique, de placer, pendant vingt-quatre heures, sur l'escarre, des gâteaux de charpie, imbibés, toutes les heures, d'eau ou d'une dissolution d'alun, afin d'empêcher les accidents inflammatoires et de faciliter la séparation de l'escarre? On comprend que, pour juger la valeur d'un moyen quelconque, il faut se placer dans les circonstances où s'est trouvé l'expérimentateur, et qu'on ne peut rien conclure d'absolu d'observations dans lesquelles on ne se serait pas astreint à toutes les précautions recommandées. En l'absence de détails à cet égard, de nouveaux essais nous sem-

blent nécessaires pour fixer définitivement la valeur de ce nouveau caustique. (*Revue méd.-chirurg.*, novembre 1849.)

CHLOROFORME (*Nouveau moyen de combattre la syncope produite par l'inhalation du*). Nous avons fait connaître avec empressement, nos lecteurs nous rendront cette justice, tous les moyens qui ont été employés avec succès contre les accidents graves que peuvent déterminer les inhalations du chloroforme. Dans notre dernier numéro, nous avons rapporté les intéressantes observations de M. Ricord, dans lesquelles l'insufflation de bouche à bouche a eu de si heureux résultats. Convaincu que la science ne saurait compter un trop grand nombre de moyens pour rappeler à la vie des individus que le chloroforme a plongés dans un état de mort apparente, nous donnerons place ici à un moyen fort simple que M. Escallier a vu parfaitement réussir entre ses mains dans deux cas analogues. Ce moyen n'est autre que l'introduction de deux doigts dans la profondeur de la gorge jusqu'à l'entrée du larynx et de l'œsophage, de manière à provoquer par un mouvement réflexe une expiration qui est alors le signal du retour à la vie. Dans les deux cas où M. Escallier a eu recours à ce moyen, il s'agissait d'une hernie étranglée dont il tenta et obtint la réduction. Dans les deux cas, les malades avaient respiré le chloroforme avec assez de difficulté, et l'on avait été forcé de les maintenir. Chez l'un d'eux les inhalations durèrent trois minutes et la hernie était déjà réduite; mais il était sans pouls, les mouvements de la poitrine étaient nuls. L'eau froide, les titillations des narines, les inspirations d'ammoniaque, tous ces moyens demeurèrent sans effet. M. Escallier eut recours à l'introduction des doigts dans l'arrière-gorge; la respiration se rétablit aussitôt. Chez le second malade, les inhalations furent prolongées plus de cinq minutes Son état était peut-être plus grave que celui du précédent; atonie du pouls, aspect cadavéreux : tous les assistants le croyaient mort. M. Escallier, sans s'arrêter aux moyens ordinaires, pratiqua tout aussitôt l'introduction de deux doigts dans la gorge, le plus profondément possible, les y laissa pendant une minute au moins; une forte expiration annonça le retour à la vie. — Nous ferons remarquer qu'il y a les plus grands rapports entre le moyen mis en usage par M. Escallier et celui que nous avons fait connaître il y a quelques mois d'après M. Van-Stengel. Ce médecin a recours, chez les enfants nouveau-nés qu'on ne peut pas rappeler à la vie par les moyens ordinaires, à la titillation des fosses nasales et du pharynx avec les barbes de plume. On sait du reste que ce moyen et l'introduction des doigts dans le fond de la gorge sont employés pour exciter le vomissement; or tout le monde connaît l'influence des actes qui constituent le vomissement sur les actes respirateurs. (*Union médicale*, décembre 1849.)

DIARRHÉE (*Bons effets de l'essence de térébenthine rectifiée, dans le traitement de la*). Telle a été l'influence de la médecine physiologique en France, qu'il en est resté, dans l'esprit des médecins, une répulsion instinctive contre les purgatifs, surtout contre les purgatifs énergiques. La térébenthine, qui avait été cependant recommandée par Hippocrate, dans le traitement des flux muqueux, n'a pas échappé à cette proscription. On trouve bien peu de praticiens aujourd'hui qui osent employer cette huile essentielle autrement qu'à l'extérieur. Il y a cependant, parmi les médecins anglais et américains, une si grande unanimité relativement aux bons effets thérapeutiques de l'essence de térébenthine, dans les flux muqueux intestinaux en particulier, que l'on a peine à croire que cette substance ne possède pas une efficacité réelle au moins dans certains cas de diarrhée. Il y a en effet de grandes différences entre les diarrhées, depuis celles qui sont le résultat d'une inflammation jusqu'à celles qui sont le résultat d'une simple hypersécrétion survenue sous l'influence de causes variées, d'un refroidissement, par exemple. La diarrhée qui a été observée l'été dernier dans plusieurs pays, soit en même temps que le choléra, soit avant la venue de l'épidémie, a été combattue, par plusieurs médecins anglais, avec l'essence de térébenthine. Sans partager toute la confiance de ces médecins en leur moyen favori, il nous est permis de croire que dans les diarrhées atoni-

ques et les flux muqueux proprement dits, on pourrait en obtenir quelques effets avantageux. Au surplus voici de quelle manière l'a administrée M. J. Tray, dans la diarrhée prodromique du choléra; il faisait mettre ses malades dans un lit très-chaud, couvrait le ventre d'un large cataplasme arrosé de laudanum, et aussitôt qu'il pouvait se la procurer, il donnait quinze gouttes d'essence de térébenthine avec quelques gouttes de laudanum ou de teinture de jusquiame. A l'instant même, les évacuations étaient arrêtées, les vomissements et les nausées suspendus; à la place de la tendance au refroidissement, il survenait une douce chaleur à la peau. Une nouvelle dose de térébenthine suspendait la diarrhée en quelques heures. Le malade n'avait plus qu'à garder le repos et la diète pendant un jour ou deux. (*London med. Gaz.*, novembre 1849.)

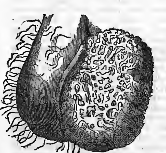
FEBRIFUGE (*Quelques remarques sur l'écorce de caïl-cedra considérée comme*). La meilleure preuve que nous puissions donner de la disette des quinquinas sont les efforts que les praticiens et les chimistes font à l'envi les uns des autres pour doter la matière médicale d'un fébrifuge d'un prix moins élevé que le sulfate de quinine. M. Eugène Caventou s'est inscrit dans cette généreuse phalange de travailleurs, et, partant de cette pensée que « le plus puissant fébrifuge que nous ayons a été trouvé dans un pays où les fièvres ont une grande intensité; que ce bienfait providentiel ne saurait être particulier à l'Amérique du Sud et des Antilles, et qu'il devait exister en Afrique et aux Indes, où les fièvres intermittentes règnent avec force, des plantes, des arbres connus des indigènes et qui les guérissent lorsqu'ils sont atteints de la fièvre», s'est adressé à M. Servant, directeur des ponts et chaussées au Sénégal, le priant de lui envoyer le fébrifuge le plus estimé par la population indigène. Notre compatriote lui envoya l'écorce de caïl-cedra, que la population indigène estime à tel point, qu'elle préfère généralement la décoction qu'elle fait avec cette écorce, au sulfate de quinine que lui offrent les Européens, et l'on sait avec quelle énergie la fièvre sévit au Sénégal. L'écorce du caïl-cedra est fournie par le *Kaya* (*swietenia*) *Senegalensis*. Cet arbre, un des plus grands et des plus beaux de ceux qui ornent les bords de la Gambie et les bas-fonds de la presqu'île du cap Vert, appartient à la famille des méliacées. Les propriétés fébrifuges de cette écorce sont connues depuis longtemps. M. Guibourt, dans sa Matière médicale, et MM. Mérat et Delens mettent en relief cette action qui lui a valu même le nom de quinquina du Sénégal; mais leurs recherches à cet égard sont bien incomplètes, et le nouveau travail de M. Caventou fils promet de doter la thérapeutique d'un produit efficace. Ce jeune chimiste a isolé le principe alcalin qui représente à la fois le principe amer et les propriétés antipériodiques contenues dans l'écorce du swietenia Senegalensis, et lui a donné le nom de caïlcédrin. Une expérience faite à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Chomel, a semblé favorable à l'emploi de ce nouveau produit contre la fièvre intermittente. Lorsque l'expérimentation clinique sera plus complète, nous reviendrons sur ce sujet, et nous ferons connaître le procédé décrit par M. Caventou. (*Journ. de pharmacie*, novembre 1849.)

FIÈVRE QUARTE (*De la supériorité du quinquina sur le sulfate de quinine dans la*). C'est le propre des grandes découvertes de faire perdre presque entièrement de vue tout ce qui les a précédées. Aussitôt que l'on eut découvert dans le sulfate de quinine la cause principale de l'action antipériodique du quinquina, et surtout aussitôt que des expériences comparatives eurent montré toute l'efficacité de ce nouvel agent, et la rapidité avec laquelle il agissait sur l'élément périodique, on oublia tout ce qui avait été écrit sur les fièvres intermittentes, depuis Morton et Torti. On ne se préoccupa guère plus de l'influence des types, considérés dans leur rapport avec le traitement à employer. Bientôt, cependant, l'expérience ramena à des idées plus exactes : l'on reconnut que le sulfate de quinine, dont l'efficacité était presque constante dans les types quotidien et tierce, ne possédait qu'une action assez incertaine dans la fièvre quarte. Tous les grands médecins qui ont écrit sur les fièvres intermittentes avant la découverte du sulfate de quinine ont signalé le

caractère réfractaire de ces fièvres, leur tendance à produire des désordres graves, et ont indiqué des modes de traitement particuliers, destinés à combattre cette fièvre. Toutefois la poudre de quinquina constituait encore à leurs yeux le moyen le plus efficace dans le type quarte, comme dans le type tierce. Il restait donc à savoir si l'on ne pourrait pas obtenir du quinquina des services réels que l'on ne pouvait attendre du sulfate de quinine, ou des autres combinaisons salines de cet alcali végétal.

M. le docteur Jaegerschmid vient de publier sur ce sujet, dans le journal de médecine de Toulouse, quelques observations intéressantes qui méritent d'être portées à la connaissance de nos lecteurs. Cet habile praticien a eu à traiter un assez bon nombre de fièvres quartes. Il les a d'abord combattues par le sulfate de quinine, soit uni à l'extrait aqueux d'opium, soit combiné avec diverses préparations ferrugineuses, précédé ou non, suivant les indications, d'un émèto-cathartique, et concurremment avec les soins hygiéniques nécessaires. Il l'a administré à doses fractionnées, prises immédiatement après l'accès, de deux en deux heures, ou bien en deux ou trois doses ou plus, quelques heures avant le retour du paroxysme. Malgré tout cela, ces fièvres quartes se sont montrées généralement réfractaires à son usage; et, quand elles cédaient, ce n'était que temporairement. Dans la grande majorité des cas, l'auteur a été obligé d'abandonner cette médication, pour s'adresser au quinquina, qui n'a pas trompé sa confiance: il a prescrit 15 grammes de quinquina jaune royal ou calisaya (cinchona cordifolia), uni à l'hydrochlorate d'ammoniaque, dans du vin blanc. Dès la première fois, les accès ont manqué, et la guérison, qu'il avait été impossible d'obtenir à l'aide du sulfate de quinine, a été permanente et solide, soit que l'affection fût ancienne, soit qu'elle fût récente. Les malades ont pris ce fébrifuge quarante-huit heures après l'accès, en une ou deux doses. — Sans contester d'une manière absolue la supériorité du quinquina sur le sulfate de quinine dans la fièvre quarte, nous nous posons la question de savoir si l'on pourrait établir en principe l'administration exclusive du quinquina contre ce type particulier de fièvre. D'une part, on peut se demander si le sulfate de quinine qui a été administré par l'auteur n'était pas sophistiqué, ainsi que cela a lieu trop souvent aujourd'hui à cause du prix élevé de cette substance; d'autre part, nous nous demandons si l'administration du sulfate de quinine n'avait pas, en quelque sorte, porté un premier coup à la fièvre quarte, et rendu plus facile à l'action du quinquina, une guérison qui eût été obtenue par tout autre antipériodique, combiné aux toniques. Il ne faut pas perdre de vue que les fièvres intermittentes s'usent réellement. Nous avons vu de ces fièvres, traitées avec des succès momentanés par le sulfate de quinine, le quinquina, l'arsenic, suspendues momentanément par ces divers moyens, céder définitivement, après un temps assez long, à l'action de sulfate de quinine, qui les avait médiocrement influencées au début, ou disparaître sans aucun traitement, sous l'influence d'une émotion morale, d'une variation saisonnière ou d'un changement de climat.

FONGUS DU TESTICULE (*Heureux emploi de l'autoplastie par glissement dans le traitement du*). Dans un de nos derniers numéros, p. 234, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur le fongus du testicule. Nous avons montré que cette maladie était caractérisée par la protrusion de la substance de la glande séminale à travers un affaiblissement ou une altération de ses membranes d'enveloppe, et par suite nous nous sommes prononcés pour l'excision, méthode par laquelle on pouvait avoir l'espérance



de conserver au moins une partie du testicule. Il est malheureusement

des cas dans lesquels cette hernie de la substance testiculaire est portée si loin, qu'il ne reste plus dans les enveloppes que l'épididyme et le cordon testiculaire, de sorte que si on pratiquait l'excision, il faudrait retrancher presque tout l'organe. A l'époque où nous avons publié cet article dans le Répertoire, nous n'avions pas connaissance du procédé que le célèbre chirurgien d'Edimbourg, M. Syme, a mis en usage avec succès dans des cas analogues. Partant de ce fait, que la protrusion de la substance testiculaire est favorisée par le défaut de pression exercée sur elle une fois qu'elle a franchi les enveloppes, ce chirurgien a voulu rétablir cette pression, et pour cela il a eu l'idée ingénieuse de la lui rendre au moyen des enveloppes testiculaires elles-mêmes. Dans ce but, il a fait au pourtour de la tumeur une incision qu'il a prolongée en haut et en bas suffisamment, de manière à lui donner la forme d'une ellipse; puis disséquant le scrotum de chaque côté, il a obtenu deux lambeaux assez longs pour être rapprochés et maintenus en entier au-dessus de la tumeur. Les lambeaux ont été maintenus par des points de suture; la cicatrisation en a été opérée, et la tumeur, soumise à la compression du scrotum, a peu à peu diminué de volume, de manière à revenir presque aux proportions de l'organe sain. Nous ne pouvons que féliciter hautement M. Syme de cette heureuse application de l'autoplastie par glissement au traitement d'une maladie qui compromet si hautement les facultés génitales. Nous le faisons d'autant mieux, que des faits observés par MM. Duncan et Lawrie démontrent que cette maladie peut atteindre successivement les deux testicules et conduire au retranchement de ces deux organes. M. Duncan a même eu le bonheur de conserver un testicule à un homme auquel on avait déjà fait la castration d'un côté pour une maladie semblable. Peut-être pourrait-on remplacer les aiguilles et les points de suture, qui coupent trop rapidement les bords de la plaie, par l'emploi du collodion, tel qu'il a été fait avec bonheur par M. Goyrand (d'Aix), dans un cas dans lequel il y avait également protrusion du testicule, mais seulement par dénudation. Ce chirurgien taille deux morceaux de toile, auxquels il donne la forme et les dimensions des deux lambeaux cutanés, les imbibe de collodion, et les applique sur la surface externe des lambeaux, qui en sont recouverts dans toute leur étendue. Sur chacune de ces petites compresses, qui ont bientôt contracté avec la peau une adhérence solide, il colle avec la même substance trois rubans de fil étroits, menus et souples, qui se correspondent par paires et sont placés, une paire immédiatement au-dessous du pénis, la seconde au milieu de la hauteur de la plaie, et la troisième vers la partie inférieure. En nouant ensemble les rubans correspondants, on rapproche très-bien les bords de la plaie. Sur ce petit appareil on applique un plumasseau, qui est renouvelé tous les matins. La cicatrisation s'opère avec rapidité, en trois ou quatre jours au plus; à peine si quelques points fournissent un peu de pus.

GASTROTOMIE (*Résultats de la première tentative de*). *Des indications et des contre-indications de cette opération.* — On avait proposé autrefois, lorsque des corps étrangers, descendus dans l'estomac, refusent de traverser le pylore et les intestins, et causent des accidents graves, de pratiquer la gastrotomie. Cette opération ne s'est pas acclimatée dans la pratique chirurgicale. Cela tient, sans aucun doute, à la crainte que l'on avait de l'épanchement des matières alimentaires dans le péritoine, et aussi de la péritonite. M. Sédillot s'est efforcé, dans ces derniers temps, de réhabiliter cette opération; mais, il est vrai, pour des cas beaucoup plus graves, principalement pour les cas de rétrécissement œsophagien, qui condamnent les malades à périr d'inanition. Il s'est fondé, 1° sur la facilité de la guérison des plaies de l'estomac; 2° sur l'identité des fistules stomacales; 3° sur l'impossibilité d'entretenir la vie par une alimentation artificielle au moyen des sondes œsophagiennes; 4° enfin il a invoqué ses expériences sur les animaux, chez lesquels la gastrotomie réussit parfaitement, et permet de faire varier à volonté l'embonpoint, selon la quantité et la qualité des substances alimentaires ingérées par la fistule. A cette opération, de nombreuses objections ont été faites : les unes relatives à l'opération elle-même, que nous n'avons jamais

partagées; d'autres touchant la possibilité de la péritonite et la difficulté d'entretenir la vie par l'alimentation stomacale. Ces deux dernières objections nous ont paru les plus graves. Car on ne peut rigoureusement conclure de ce qui se passe chez les animaux à ce qui a lieu chez l'homme. La péritonite est très-rare chez les premiers, elle est très-commune chez les seconds. L'insalivation joue un grand rôle chez l'homme, elle est loin d'en jouer un aussi important chez les animaux; et l'on ne remédie à cet inconvénient que d'une manière fort incomplète, en conservant l'insalivation que l'on confie au malade. Ce n'est pas une raison absolue pour repousser cette opération. Nous accueillons donc avec intérêt la première tentative qui vient d'en être faite par M. Sédillot. Chez un homme de cinquante-deux ans, atteint d'un rétrécissement de l'œsophage, tel que ni solides ni liquides ne passaient plus, arrivé à un degré de marasme extrême, ce chirurgien a pratiqué la gastrotomie. Il a fait une incision cruciale de 4 centimètres de diamètre, au devant du muscle droit, à 6 centimètres au-dessous et en dehors de l'extrémité de l'appendice xyphoïde, a fait soutenir et renverser les quatre lambeaux au moyen d'érignes, a divisé l'aponévrose qui recouvre le muscle droit, ce muscle lui-même, l'aponévrose située entre ce dernier et le péritoine, et enfin cette membrane, en la soulevant légèrement avec les pinces.

M. Sédillot chercha d'abord à entraîner l'estomac au dehors, par l'intermédiaire du côlon transverse; mais n'y pouvant réussir, il réduisit le gros intestin et l'épiploon, en conservant les feuillets superficiels et supérieurs de cette membrane, et en les développant de nouveau hors de l'abdomen, il attira peu à peu dans la plaie une portion de la grande courbure de l'estomac, fit une ponction à la face antérieure de l'organe, et y fit pénétrer la canule stomacale. Cette canule était composée de deux moitiés ou valves, représentant par leur contact un tube complet, offrant chacune un rebord saillant, coudé à angle droit; l'un pour soutenir l'estomac contre les parois de l'abdomen, l'autre pour retenir l'instrument à la plaie extérieure. Des tubes cylindriques en argent, de différents diamètres, pouvaient être introduits entre ces deux valves et les écarter plus ou moins à volonté. L'opération ne présenta pas, à proprement parler, de difficulté; seulement la canule fut entraînée de toute sa hauteur dans l'abdomen, au moment de la réduction de l'estomac. Pendant quinze heures, le malade fut assez bien; mais quatre ou cinq heures après, il tomba dans l'affaissement, fut pris de dyspnée et de suffocation, et succomba vingt deux heures après l'opération. L'autopsie montra qu'il n'y avait pas de péritonite; mais elle prouva aussi que des adhérences ne s'étaient pas établies entre la plaie extérieure et les lèvres de l'ouverture stomacale.— Il est donc évident que l'opération doit être modifiée en ce sens que l'estomac soit maintenu à la plaie extérieure de l'abdomen, à l'aide de quelques points de suture, aidés de l'action de la canule. D'autre part, il a été sans utilité de faire, dès les premiers instants, des injections liquides dans l'estomac. Maintenant que penser de l'avenir de cette opération? En présence d'un seul fait, il est bien difficile de se prononcer. Seulement l'opération nous paraît beaucoup plus grave que les opérations qui ont été faites, sur les mêmes principes, pour remédier aux obstacles situés sur le trajet du gros intestin. D'une part, on peut craindre que les actes physiologiques de la digestion ne s'accomplissent pas avec toute la régularité désirable; et, de l'autre, il peut résulter de l'ouverture de l'estomac une perturbation nerveuse, qui n'est pas sans gravité, et que nous avons vue mortelle chez le premier opéré. L'opération de la gastrotomie ne pourra donc être appliquée que dans des cas qui compromettent l'existence d'une manière très-prochaine, et contre lesquels la science n'offre aucune ressource d'une certaine valeur. Mais, dans les rétrécissements infranchissables de l'œsophage, on ne saurait contester l'utilité d'une pareille opération; et là, comme en beaucoup d'autres circonstances, *melius remedium anceps quam nullum*. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, novembre 1849.)

GUTTA-PERCHA (*Nouveau procédé de fabrication des sondes et des bougies en*). Dans notre dernier numéro, nous avons signalé les inconvénients et les dangers attachés à

l'emploi des sondes et des bougies de gutta-percha. En le faisant, nous obéissions à ce mobile qui guide toujours notre plume, celui de mettre nos lecteurs en garde contre des innovations dangereuses. Mais par cela même que nous insistons sur les inconvénients et les dangers d'un instrument, d'un procédé opératoire, ou d'un médicament appliqués suivant certaines conditions fâcheuses, dangereuses ou irrationnelles, nous nous empressons de reconnaître tous les avantages que ces moyens peuvent offrir lorsque des perfectionnements évidents ont fait disparaître les reproches que nous étions en droit de leur adresser, ou lorsque l'expérience est venue révéler des propriétés spéciales, qui n'avaient pas été signalées jusque-là. Notre critique des sondes et des bougies de gutta-percha portait surtout sur le mode de fabrication par enroulement, et l'événement a prouvé en effet que ce mode de fabrication expose au déroulement comme à la rupture de ces instruments dans l'urètre et dans la vessie. On a présenté depuis à l'Institut et à l'Académie de médecine un procédé de fabrication des sondes et des bougies en gutta-percha entièrement différent et qui repose sur le principe de l'étirement à la filière, comme on fait le macaroni. Nous avons entre les mains des sondes et des bougies fabriquées par ce nouveau procédé, et nous avons pu nous convaincre que pour le poli, la flexibilité, la résistance, ces sondes et ces bougies ne le cèdent en rien aux sondes et aux bougies en gomme élastique. Ces instruments, qui sont d'un seul morceau, jouissent des propriétés si remarquables du gutta-percha, de se ramollir sous l'influence de la chaleur et de se mouler sur les corps environnants. Il est donc probable qu'avec ces instruments on ne verra plus de ces escarres de l'urètre qu'on observe quelquefois chez les malades affectés de rétrécissement et traités par des sondes très-dures, à courbure inflexible. Toutefois, nous devons ajouter que cette propriété de se ramollir, qui est un avantage dans les sondes, est au contraire un défaut dans les bougies, et surtout pour les bougies très-fines qui, après vingt-quatre heures de séjour dans l'urètre, sont toujours un peu allongées. Mais il est une propriété spéciale de ces instruments qui nous a été révélée par M. Civiale, c'est celle de ne pas se couvrir d'incrustations calcaires, quelle que soit la durée de leur séjour dans la vessie. On sait que l'un des grands inconvénients des sondes à demeure, c'est de se couvrir de dépôts calcaires et d'obliger le chirurgien à renouveler l'instrument. Dès le deuxième, le troisième ou le quatrième jour, les sondes en gomme élastique s'écaillent, deviennent rugueuses dans toute l'étendue qui touche aux parois du canal; d'où résultent de l'irritation, de la douleur et un écoulement de muco-pus abondant. L'intérieur de la sonde se tapisse d'une croûte calcaire, et son extrémité oculaire se recouvre d'une couche plus ou moins épaisse de la même substance. Il faut changer la sonde sous peine de causer au malade des douleurs extrêmes au moment de son extraction, sous peine même de la voir se briser dans la vessie. Ce changement des sondes n'est pas sans désavantage dans beaucoup de cas, dans la lithotomie par exemple. M. Civiale a fait, dans un cas de ce genre, un heureux emploi des sondes de gutta-percha. Après avoir pratiqué la taille hypogastrique pour une pierre qui à un grand volume réunissait une dureté considérable, ce chirurgien a introduit dans l'urètre une sonde en gutta-percha de moyenne grosseur et courbée. Après quelques heures de séjour, elle avait pris et a conservé une courbure si bien adaptée à celle de l'urètre, qu'elle ne tendait pas à sortir, et qu'on a pu débarrasser le malade des liens, au moyen desquels on la fixe, et qui sont plus ou moins gênants. L'écoulement de l'urine s'est fait d'une manière régulière et sans interruption; à peine, si l'on a remarqué un léger suintement urétral. Le quatrième jour, M. Civiale a voulu s'assurer dans quel état était la sonde; elle ne présentait à l'extérieur ni à l'intérieur aucune trace du contact de l'urine, aucune rugosité, aucune incrustation. Elle fut réintroduite immédiatement, sans que le malade manifestât aucune douleur, et laissée en place jusqu'au quatorzième jour de l'opération. L'extraction en fut aussi facile et aussi peu douloureuse que la première fois. Elle était partout lisse, unie à l'intérieur comme à l'extérieur, et sans aucune trace de dépôt; on eût dit qu'elle

n'avait pas servi. Toutefois sa présence dans l'urètre commençant à devenir pénible, M. Civiale la remplaça par une sonde plus petite, en gomme élastique; mais celle-ci fatiguait de même, il fallut l'enlever le deuxième jour; elle était déjà écaillée, altérée, rugueuse. Chez le même malade, M. Civiale a donc pu faire l'expérience complète, et juger de la différence dans le résultat. Ainsi, flexibilité plus grande, solidité égale, pas de disposition à l'incrustation, tels sont les avantages que présentent les sondes en gutta-percha sur les sondes en gomme élastique ; nous y ajouterons encore le bon marché, qui n'est pas une circonstance peu importante en pareille matière. Peut-être l'avenir révélera-t-il quelques inconvénients au désavantage de ces instruments; mais pour le moment, nous croyons leur supériorité bien établie. Au reste, M. Civiale et M. Robert doivent faire prochainement un rapport sur les sondes et les bougies de gutta-percha, l'un à l'Académie des sciences, l'autre à l'Académie de médecine ; tous deux les ont expérimentées avec succès ; nous aurons donc l'occasion de revenir sur ce sujet intéressant à beaucoup d'égards.

TOUX NERVEUSE (*Formule d'un gargarisme contre la*). Vers la fin des affections catarrhales des voies respiratoires et surtout de la grippe, il se manifeste assez souvent une toux sèche, purement nerveuse, excitée par un chatouillement du larynx ou de la gorge. Loffler a conseillé dans ce cas des gargarisations fréquentes avec une solution de sel ammoniac dans l'esprit de Mendérérus. Ces gargarismes réussissent encore mieux si l'on y ajoute une petite dose de laudanum. Voici la formule que recommande M. J. O., pour l'avoir expérimentée souvent avec succès :

Pr. Eau distillée	500 gram.	
Chlorhydr. d'ammoniaque	15	—
Esprit de Mendérérus	60	—
Laudanum de Sydenham	10	—
Sirop diacode	30	—

F. s. a. un gargarisme.

(*Annales de la Société de Roulers*, 7e livraison, 1849.)

VARIÉTÉS.

L'Académie nationale de médecine a tenu sa séance annuelle le 11 décembre. Après un rapport intéressant, lu par M. Gibert, secrétaire annuel, sur les prix décernés par l'Académie, après la proclamation de ces prix et des sujets de prix proposés pour 1851, M. Dubois, d'Amiens, secrétaire perpétuel, a lu l'éloge d'Antoine Dubois. L'honorable académicien a peint à grands traits, d'une manière toujours heureuse, la vie accidentée et si bien remplie d'Antoine Dubois. Les applaudissements de l'auditoire ont dû prouver à M. Dubois que le public médical le reconnaissait comme digne héritier de Pariset.

Les prix de 1849 ont été répartis ainsi : — *Prix de l'Académie*, sur cette question : « La fièvre typhoïde est-elle contagieuse? » Prix de 1,500 francs, à M. le docteur Piedvache, médecin à Dinan (Côtes-du-Nord) ; un prix de 500 francs, à M. le docteur Lctanelet, médecin à Paris ; mentions honorables, MM. G. Muller, médecin à Bumvillers (Haut-Rhin), et de Laroque, ancien médecin de l'hôpital Necker. — *Prix Portal*, « de la cirrhose. » — Encouragement de 400 francs, à M. le docteur Fauconneau-Dufresne. — *Prix Bernard de Civrieux*, « de la chorée. » — Prix de 1,000 francs à M. le docteur Sée; récompense de 300 francs à M. le docteur Roth. — *Prix Itard* : 2,000 francs à MM. Rilliet et Barthez, pour leur Traité clinique et pratique des maladies des enfants; 1,000 francs à M. de Laroque pour son Traité de la fièvre typhoïde.

L'Académie a mis au concours, pour 1851, les questions suivantes : Prix de l'Académie, *des Tumeurs blanches* (prix de 1,500 francs). Prix Portal, *Anatomie du foie et foie gras* (prix de 1,200 francs). Prix Bernard de Civrieux, *des Convulsions* (prix de 1,000 francs).

M. le doyen de la Faculté de médecine a distribué, ces jours derniers, aux cinquante élèves qui se sont le plus distingués pendant l'épidémie du choléra, les médailles qui leur ont été accordées par l'Université. C'est une médaille d'argent, grand module, qui porte en exergue d'un côté, ces mots : *Université de France, choléra de* 1849 ; au milieu, Hippocrate auprès d'un malade couché ; sur l'autre face, le nom et le prénom de l'élève, le lieu et la date de sa naissance.

On s'occupe en ce moment, au ministère de l'agriculture et du commerce, du travail relatif aux récompenses qui doivent être accordées aux médecins des départements qui se sont signalés pendant l'épidémie du choléra. Il y aura plusieurs croix d'honneur et un grand nombre de médailles.

Le nombre des élèves a notablement augmenté cette année dans les Facultés de médecine de Paris et de Strasbourg. Le nombre des premières inscriptions prises à la Faculté de Paris, du 2 au 15 novembre, est de 377. A la même époque de l'année dernière, il n'était que de 254. A la Faculté de Strasbourg, le chiffre est de 121 ; celui des élèves auditeurs bénévoles, suisses, allemands, etc., de 48.

M. le docteur Bretonneau, de Tours, a été pris, il y a quelques jours, d'accidents d'étranglement intestinal, qui ont donné les plus vives inquiétudes. Nous sommes heureux d'apprendre aujourd'hui à nos lecteurs que l'état de cet honorable médecin est des plus satisfaisants.

L'Académie de médecine a procédé, dans la dernière séance de novembre, à la nomination d'un nouveau membre dans la section de pathologie médicale. Les candidats présentés par la section étaient MM. Trousseau, Grisolle, Michel Lévy, Martinet, Requin et Nonat. M. Grisolle l'a emporté au troisième tour du scrutin, par 52 voix contre 36 données à M. Trousseau.

Si nous n'avons pas à annoncer, Dieu merci ! que le choléra a reparu parmi nous, nous avons malheureusement à dire qu'il s'est montré dans une des plus grandes villes de France, à Lyon, qui y avait échappé jusqu'ici, même en 1832. La maladie a éclaté parmi les soldats de la garnison ; à la date du 8 décembre, on comptait 70 malades et 30 morts ; en ville, on citait six décès occasionnés par cette maladie. Des nouvelles très affligeantes ont aussi été reçues sur l'état sanitaire du département de la Haute-Saône : le choléra a éclaté, avec une très-grande intensité, dans la ville de Gray, où il y avait eu jusqu'à 50 décès par jour ; chiffre hors de toute proportion avec la mortalité des lieux les plus maltraités par l'épidémie.

Le Gouvernement a publié les documents officiels relatifs à la mortalité cholérique en ville depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au mois d'octobre inclusivement. Les décès, au nombre de 10,950, se sont répartis de la manière suivante : mars 130, avril 694, mai 2,426, juin 5,769, juillet 419, août 1,810, septembre 670, octobre 32; et, par arrondissements, comme suit: premier arrondissement 836, deuxième 915, troisième 500, quatrième 449, cinquième 1,023, sixième 1,120, septième 837, huitième 1,143, neuvième 717, dixième 1,137, onzième 714, douzième 1759. En ajoutant aux 10,950 décès constatés à domicile les 6,911 décès des hôpitaux civils et les 2,000 décès des hôpitaux militaires, on arrive au chiffre de 20,000 décès, qui représente la dette que la ville de Paris a payée cette année au choléra. C'est un tiers de plus que dans l'épidémie de 1832.

A l'étranger, le choléra a disparu presque partout, en en exceptant cependant l'Algérie, où les ravages du fléau, tout en ayant diminué, sont encore fort inquiétants. Quatorze de nos confrères ont payé de leur vie leur dévouement aux malades. Dans un autre hémisphère, le royaume de Siam, le choléra a fait d'affreux ravages : on évalue à 30,000 le nombre des personnes qui ont succombé à l'épidémie, dans l'espace de trois semaines et dans un rayon de 10 lieues.

Dans une des dernières causeries, si attrayantes, de Jean Raymond, nous remarquons que les *officiers de santé* sont exclus des avantages de l'*Association de prévoyance* de Paris. « On nous avait déjà certifié le fait, mais nous n'avions jamais voulu y croire, tant il nous paraissait injuste et absurde. Aujourd'hui le doute n'est plus permis. Tout honnête homme, tout praticien dont les idées sont quelque peu élevées, gémira avec nous de cet esprit étroit et mesquin qui a inspiré une aussi déplorable idée à l'Association. Ne dirait-on pas que les officiers de santé n'appartiennent pas au corps médical, et, qu'en les excluant, en les mettant au ban de la corporation, on veuille infliger à cette partie du corps médical un blâme qu'il ne mérite pas, une peine qu'on ne peut s'expliquer, un jugement inéquitable, inexplicable, vexatoire et ridicule ? » Nous n'aurions jamais pu croire que la capitale du monde civilisé eût été capable de donner un si triste spectacle. Parlez ensuite de fraternité!

On lit dans le même journal : « Un des plus célèbres homœopathes de Paris vient d'être spirituellement mystifié par un de ses clients. On raconte qu'un général bien connu s'était livré à ses soins pour une gastralgie rebelle aux moyens allopathiques. L'homœopathe promit monts et merveilles, mais il ne reussit pas mieux. Après trois mois de globules, le général s'impatiente, et fort militairement il traduit son impatience. L'homœopathe demande encore un mois. Ce mois s'écoule et avec lui tout espoir d'amélioration. Alors le guerrier s'irrite, et sous l'impression de sa colère (on sait combien les gastralgiques sont susceptibles et nerveux), écrit et adresse le billet suivant : « Docteur, voilà quatre mois passés que je consomme vos petites graines, véritables graines de niais. Merci! Gardez-les pour d'autres. Mais vous méritez d'être homœopathiquement honoré. Ci-incluse la dilution la plus extrême de notre système monétaire. » Le billet renfermait un centime. »

Le magnétisme animal vient aussi d'avoir ses infortunes dans la personne du célèbre M. Lafontaine (ne pas confondre avec le fabuliste). Ce disciple de Mesmer avait transporté ses pénates sur les rives du Tibre ; déjà il faisait des miracles : il rendait la vue aux aveugles, l'ouïe aux sourds, lorsque le Saint-Office, qui en d'autres temps lui eût fait un mauvais parti, l'a engagé à porter ailleurs ses talents. On se demande comment M. Lafontaine n'avait pas pris soin de s'informer auprès de ses somnambules du sort qui lui était réservé dans la ville sainte.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

COUP D'OEIL SUR LA MÉDICATION ARSENICALE ; SON EMPLOI DANS LE CATARRHE PULMONAIRE CHRONIQUE ET LA PHTHISIE.

Depuis que M. Boudin est venu, par la lecture de son Mémoire sur l'emploi de l'acide arsénieux dans les fièvres intermittentes, soumettre à l'Académie la valeur de cette médication, la presse médicale tout entière s'est occupée de cette question. On nous rendra cette justice que, tout en insistant sur les avantages que présente, à certains égards, cette médication des fièvres intermittentes, nous nous sommes gardé de tout enthousiasme irréfléchi, et que nous n'avons pas placé sur le même plan le sulfate de quinine et l'acide arsénieux. Telle n'a pas été la conduite de certains organes de la presse, qui, obéissant à cette disposition malheureuse de certains esprits de présenter les choses sous un jour qui n'est pas le véritable, ont, non-seulement voulu établir une parité entre le sulfate de quinine et les préparations arsenicales, mais encore ont fait, en quelque sorte, le procès du sulfate de quinine, en rappelant à plaisir tous les accidents auxquels son administration inconsidérée peut donner lieu dans certains cas.

Certes, au point de vue des accidents, c'est bien à tort que l'on voudrait mettre sur le même plan le sulfate de quinine et l'acide arsénieux. Mais la question n'est pas là : les médecins sont habitués à manier tous les jours des substances aussi énergiques, aussi toxiques que l'acide arsénieux. Ce qui leur importe, ce n'est pas de savoir quel moyen thérapeutique l'emporte sur l'autre, mais de bien connaître les indications précises qui réclament telle ou telle médication.

En ce qui touche les fièvres intermittentes, et quoi qu'en aient pu dire quelques détracteurs, le sulfate de quinine restera la médication classique, celle à laquelle tout praticien devra avoir recours chaque fois qu'il le pourra. Mais le prix, de jour en jour plus élevé, de cette substance tend à la rendre de plus en plus inabordable aux populations pauvres, surtout à celles qui habitent dans les contrées paludéennes. Depuis plusieurs années, on réclamait de toutes parts un succédané de l'écorce péruvienne, d'un prix modique, d'une efficacité non douteuse. Les nombreuses recherches de M. Boudin en France, celles de M. Caytan dans les Flandres, celles plus récentes encore de MM. Tellez et Alonso en Espagne, semblent ne plus permettre de douter que l'acide arsénieux soit appelé à rendre de véritables services dans les fièvres intermittentes, mais seulement dans celles qui n'offrent pas le caractère per-

nicieux; car, dans cette dernière circonstance, le sulfate de quinine seul peut lutter, par la rapidité de son action, avec la marche si promptement funeste des accès pernicieux. Maintenant, la médication arsenicale est-elle destinée à devenir un jour une méthode générale dans la thérapeutique des fièvres intermittentes? C'est ce que l'expérimentation clinique pourra seule décider en dernier ressort. Mais, ce que la presse médicale devait surtout s'attacher à faire, c'était de combattre les préventions injustes qui pèsent sur les préparations arsenicales; c'était surtout de mettre en relief l'innocuité de ces préparations, lorsqu'elles sont administrées avec les précautions convenables.

Ce n'est pas seulement dans les fièvres intermittentes que l'acide arsénieux a été expérimenté avec succès à d'autres époques : le passage de Dioscoride, que nous avons cité dans notre dernier article, signale une application spéciale des préparations arsenicales aux maladies chroniques de poitrine. Quelques essais ont été faits dans ces derniers temps, dans le catarrhe pulmonaire et dans la phthisie. C'est sur ces deux derniers points que nous insisterons dans cet article.

Parmi les diverses observations de catarrhes pulmonaires chroniques guéris par l'usage des préparations arsenicales, une des plus probantes est celle qui a été publiée par M. Garin, dans une des dernières livraisons du journal de Médecine de Lyon :

Obs. *Catarrhe bronchique chronique.—Inutilité des traitements les plus variés. — Emploi de l'acide arsénieux. — Guérison en quinze jours.* — Mlle L..., demoiselle de magasin, âgée de trente-huit ans, habite depuis vingt ans un rez-de-chaussée où elle couche dans une espèce d'alcôve très-basse et fermée, située au-dessous d'un escalier. Cette condition l'expose à respirer, surtout pendant la nuit, un air constamment vicié par le gaz d'éclairage et souvent imprégné des miasmes ou des vapeurs humides d'une rue étroite et sombre, sur laquelle s'ouvre immédiatement l'appartement.

Depuis longues années cette malade est sujette à des rhumes fréquents, accompagnés d'expectoration abondante et d'oppression. Cette toux que la malade a contractée dans les circonstances fâcheuses citées plus haut et que la vigueur de sa constitution lui a fait longtemps supporter sans se plaindre et sans se soigner, a exigé de ma part des conseils plus ou moins assidus, suivant l'intensité du mal. Jusqu'à cette année, le catarrhe, qui apparaissait régulièrement aux premières approches de l'hiver, disparaissait au printemps et la belle saison réparait promptement la santé de la malade; il lui restait seulement alors une oppression légère, mais que la marche ou la moindre fatigue augmentait beaucoup.

Cette année il n'en a pas été de même. L'hiver a été rude à passer; le catarrhe plus intense n'a laissé que de courts intervalles de repos à la malade, et il n'a pas diminué sous l'influence ordinaire du beau temps. La malade a continué de tousser, de cracher et de souffler péniblement; les digestions souvent interrompues par des accès de toux, se sont tout à fait dérangées et il est devenu de plus en plus rare que la malade, quelque modérée et pru-

dente qu'elle fût dans ses repas, en gardât un seul tout entier. La toux et l'insomnie qui en a été la suite ainsi que les vomissements habituels n'ont pas tardé à amener un trouble profond dans la santé. La pâleur, l'amaigrissement, la perte des forces et de l'appétit ont alors vivement inquiété les personnes qui entourent la malade, et il est devenu nécessaire de lui faire suspendre toute occupation pour l'envoyer à la campagne.

Je n'ai rien dit jusqu'ici des symptômes locaux et du diagnostic précis de la maladie. Je me contente d'affirmer qu'il n'y a pas eu de doute dans mon esprit à cet égard; il s'agissait d'un catarrhe chronique des bronches affectant particulièrement le poumon droit et se distinguant parfaitement, par les données générales de la constitution comme par les signes stéthoscopiques, de la phthisie à laquelle le dépérissement progressif de la malade aurait pu faire songer en l'absence de tous ces renseignements.

Quant au traitement qui a été employé depuis le commencement de la maladie, il faudrait vraiment parcourir les pages si nombreuses qui ont été consacrées à ce sujet dans les traités spéciaux, pour énumérer les moyens dont on s'est servi sans amender jamais bien notablement l'affection. Qu'il me suffise de dire que pour ma part ni les pectoraux de tous genres, auxquels j'ai eu d'abord recours, ni les antiphlogistiques, ni les exutoires, ni les sudorifiques, ni les purgatifs, ni les toniques, que j'ai tour à tour ou simultanément employés, n'ont eu de succès durable, soit parce que la malade finissait par s'habituer à ces remèdes, soit parce qu'elle restait toujours dans les mêmes conditions qui ont développé sa maladie. J'ai dit que vers les premiers beaux jours du mois de mai dernier la malade partit pour la campagne. L'influence en fut d'abord salutaire. Le lait chaud, le bon air, le repos firent merveille; la toux avait diminué, l'appétit était revenu, la fraîcheur et l'embonpoint semblaient reparaître et l'on crut enfin à la guérison. Mais bientôt sous l'influence douteuse d'un refroidissement présumé, tous les symptômes ordinaires, la toux, l'oppression, le crachement puriforme, l'inappétence, les vomissements, la faiblesse reparurent, et le temps prescrit pour le retour étant arrivé, Mlle L... revint à Lyon aussi malade qu'à son départ.

C'est alors qu'inquiet moi-même sur l'issue d'un catarrhe si ancien et qui s'accroissait toujours, je me décidai, sans grand espoir, à suivre le conseil de Dioscoride rapporté au commencement de cette note. Seulement, au lieu d'administrer l'arsenic en fumigation, dont le mode ne m'était pas suffisamment connu, je prescrivis en pilules l'acide arsénieux à la dose de 1/25e de grain associé à 2 centigrammes d'extrait gommeux d'opium par jour, à prendre le soir en se couchant. Cette dose étant supportée sans aucun inconvénient, je la doublai au bout de quatre jours, en faisant prendre une pilule le matin et une pilule le soir. L'effet du remède fut aussi prompt que satisfaisant, et la conclusion, pour l'influence de l'arsenic sur le catarrhe, doit être d'autant plus certaine que la malade, dégoûtée depuis longtemps du cortège accoutumé des potions et des tisanes, n'en voulut prendre aucune. Les symptômes divers du catarrhe diminuèrent rapidement et tous à la fois, sans que la malade s'aperçût d'aucun effet physique du médicament qui lui était administré. Quinze jours suffirent à sa guérison; mais le traitement, pour en fixer le résultat, fut continué pendant un mois. Dans la première quinzaine, la malade prit matin et soir, comme je l'ai déjà dit, une pilule composée de 1/25e de grain d'arsenic associé à 2 centigrammes d'extrait

d'opium; dans la seconde, la malade s'étant plainte de quelques maux de tête et de somnolence, je lui ordonnai l'acide arsénieux seul à la dose de 1/15e de grain en pilule matin et soir. De la sorte la malade a absorbé 15 centigrammes d'acide arsénieux dans l'espace d'un mois sans que le médicament se soit trahi par autre chose que par le rétablissement complet des fonctions respiratoires et digestives, par un retour assuré vers la santé.

L'état de la malade s'est maintenu dans les heureuses dispositions que je viens de dire depuis le 15 juin jusqu'au 20 juillet dernier. A cette époque, une occasion s'étant offerte à Mlle L... d'aller aux eaux du Mont-Dor, je lui conseillai fortement d'en profiter, dans l'espérance de la soustraire pour longtemps à l'influence pernicieuse des conditions de sa vie ordinaire. C'était assurer davantage sa guérison. Je dois ajouter que les nouvelles récentes qui me sont parvenues m'apprennent que cette guérison s'est consolidée, la toux n'a pas reparu et la respiration n'a jamais été plus libre, plus facile, plus capable en un mot de résister à la marche et à la fatigue que Mlle L... affronte au milieu des montagnes de l'Auvergne (1).

Encouragé par ce succès remarquable, qu'il devait incontestablement à l'emploi des préparations arsenicales, notre confrère, M. Garin, a cru pouvoir étendre ses essais au traitement d'une phthisie tuberculeuse au deuxième degré et d'un asthme spasmodique intermittent. Mais en ce qui touche la phthisie pulmonaire, M. Garin avait été déjà précédé de quelques années par M. le professeur Trousseau. Voici en quels termes cet habile praticien rend compte de ses expérimentations. « Nos essais ont été faits sur des phthisiques et sur des malades atteints de catarrhe chronique du larynx. Chez les phthisiques, nous avons obtenu, non pas des guérisons, mais tout au moins une suspension des accidents fort extraordinaire dans une maladie dont rien ne retarde la marche fatale. Nous avons vu la diarrhée se modérer, la fièvre hectique diminuer, la toux devenir moins fréquente, l'expectoration prendre un meilleur caractère ; mais nous n'avons pas guéri. De nouveaux tubercules se formaient et se ramollissaient, et la mort venait, plus tard il est vrai, mais elle venait inévitable comme toujours. Toutefois, les résultats que nous avons obtenus sont pour tous des motifs d'encouragement, et rien n'empêche d'espérer que dans les affections peu étendues nous obtiendrons une complète guérison. »

Quant au mode d'administration, M. Trousseau, en même temps qu'il administrait à ses malades des pilules de 2 à 15 milligrammes d'acide arsénieux, leur faisait faire des fumigations arsenicales. « Un morceau de papier de grandeur déterminée était imbibé dans une solution arsenicale (2 à 4 grammes d'arséniate de soude pour 20 grammes d'eau distillée), puis séché et plié en forme de cigarette. De cette manière, chaque cigarette peut contenir un poids connu d'arséniate

(1) Aujourd'hui 25 août la malade a repris ses occupations habituelles ; la santé est parfaite.

de soude, de 5 à 10 centigrammes. Les malades, après avoir allumé la cigarette, en aspirent la fumée dans la bouche ; puis, par une lente inspiration, la font passer dans les bronches. On aspire d'abord quatre ou cinq gorgées deux ou trois fois par jour ; puis, à mesure que l'on s'y habitue, on augmente le nombre des inspirations. Quand il y a beaucoup d'oppression, on peut rouler dans le papier des feuilles de stramonium. Dans l'opération si simple que nous venons de décrire, l'arséniate de soude se réduit au contact du carbone contenu dans le papier incandescent ; il se forme un carbonate de soude, de l'oxyde de carbone, et l'arsenic volatilisé est entraîné avec la fumée et se met en contact direct avec la muqueuse et les surfaces ulcérées. Nous employons le même moyen, avec beaucoup d'avantage, dans les catarrhes chroniques, bronchiques et laryngés. »

Dans les cas d'angine de poitrine et d'asthme symptomatique d'affection des poumons et du cœur, nul doute que l'emploi de ces cigarettes n'amène de bons résultats. (Nous reviendrons sur ce dernier point, dans un prochain article.) Mais dans la phthisie pulmonaire, c'est à l'administration de l'acide arsénieux par la bouche qu'il faut surtout s'adresser. Sans partager les espérances un peu exagérées de M. le professeur Trousseau, espérances qui ne se sont pas réalisées très-probablement, puisque depuis la publication de son livre ce médecin n'en a pas parlé de nouveau, nous croyons que l'acide arsénieux pourra être utile dans la phthisie pulmonaire. En effet, si l'on s'en tient aux résultats physiologiques annoncés par M. Boudin, il s'ensuivrait que l'acide arsénieux exercerait sur les fonctions digestives une stimulation marquée ; l'appétit augmenterait chez tous les fiévreux soumis à la médication arsenicale. Or, plus que jamais aujourd'hui, on est revenu à l'idée de traiter la phthisie pulmonaire d'une manière indirecte, en agissant sur la nutrition, en poussant à l'engraissement. Les préparations arsenicales rempliraient donc une indication analogue à celle de l'huile de foie de morue.

Un jour peut-être, lorsque l'innocuité de l'acide arsénieux aux doses de 2 et 3 centigrammes sera parfaitement établie, obtiendra-t-on des résultats plus certains que ceux que l'on compte aujourd'hui ; mais dès à présent, nous pouvons dire que nous avons vu un de nos honorables confrères, M. Sandras, médecin de l'hôpital Beaujon, s'en servir avec succès pour combattre un des plus graves symptômes de la phthisie pulmonaire, la fièvre hectique. Bien que la fièvre hectique soit une des conséquences du travail de suppuration des tubercules dans le poumon, il n'est pas douteux que cette fièvre réagit d'une manière fâcheuse sur la marche de la maladie qu'elle précipite, et que tous les moyens qui en

diminuent l'intensité agissent sur la maladie elle-même dont ils empêchent le progrès. M. Sandras n'a donc pas cherché à combattre directement la phthisie pulmonaire ; l'expérience lui a montré d'ailleurs que les autres phénomènes de la maladie ne sont nullement modifiés par l'acide arsénieux ; mais, en prescrivant à ses malades chaque jour, dans un julep, 1/20 ou 1/15 de grain d'acide arsénieux en solution, ce médecin s'est assuré que les arsenicaux constituent un bon remède contre les accès de fièvre périodiques qui tourmentent si souvent les phthisiques.

Tout le monde sait combien il arrive, soit pendant la seconde, soit pendant la troisième période de la maladie, que la fièvre reparaisse chaque jour vers deux, trois ou quatre heures de l'après-midi, et surtout depuis sept jusqu'à onze heures du soir. Cette fièvre prend souvent une régularité parfaite, comme si on avait affaire à une simple affection intermittente, périodique, quotidienne. Très-souvent on peut supprimer ces accès de chaque jour, en faisant prendre aux malades 50 centigrammes de sulfate de quinine, partagés en deux doses, qui s'administrent cinq ou trois heures avant le retour de l'accès. Mais il arrive aussi, dans des cas assez nombreux, que le sulfate de quinine ne supprime pas cette fièvre ; d'autres fois, il ne peut pas être supporté parce qu'il donne trop de vertiges, ou parce qu'il dérange les intestins; dans beaucoup de cas enfin, il laisse craindre encore un danger plus grave, à cause des hémorrhagies qu'il provoque.

Dans toutes ces occasions, M. Sandras a trouvé dans l'acide arsénieux un succédané heureux et facilement applicable. Il ne donne pas lieu aux accidents que peut faire craindre l'action physiologique du sulfate de quinine ; il ne fait souffrir en aucune façon les malades, et il guérit la fièvre ou plutôt il en prévient les retours périodiques.

Au bout de deux ou trois jours, l'accès a progressivement disparu. Il n'a pas été coupé, comme on le voit ordinairement, dans les simples fièvres intermittentes traitées par la quinine; mais il s'est petit à petit amendé et guéri. Les petits frissons, la chaleur et la sueur surtout diminuent à chaque accès, et au bout de peu de jours, le malade se retrouve dans les conditions tolérables où il était avant la complication intermittente qu'il avait fallu combattre.

Cette amélioration due à l'arsenic est en général suivie aussi de quelques autres bénéfices, tels que : un sommeil meilleur, une digestion plus profitable, une sorte de retour des forces et de l'embonpoint ; tous phénomènes secondaires à la cessation des phénomènes fébriles.

En résumé, dans le catarrhe chronique simple, et dans quelques accidents de la phthisie pulmonaire, l'acide arsénieux peut être employé

avec quelques chances de succès. Ces applications sont moins puissantes et moins nombreuses que celles que l'on peut en faire au traitement de la phthisie pulmonaire; mais ce que nous tenions à mettre hors de toute contestation, c'est que dans ces affections, comme dans les fièvres, les préparations arsenicales ne constituent pas une médication dangereuse, pourvu cependant qu'on les manie avec prudence et sagesse.

D.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOUVELLES SERRE-FINES; — DES AVANTAGES DE CE MOYEN DE RÉUNION DES PLAIES.

Par M. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi.

La suture doit être placée en première ligne parmi les moyens de réunion des plaies accidentelles et des plaies chirurgicales. C'est elle qui affronte et qui tient le plus exactement réunies les lèvres de la solution de continuité. Si, dans certains cas, d'autres moyens, comme les bandages, et surtout les agglutinatifs, peuvent lui être préférés, il est d'autres cas qui ne permettent guère le choix. Ainsi, quand on se propose d'éviter ou de corriger une difformité, quand on pratique l'autoplastie, la suture est préférable. Il est même des plaies qui ne peuvent être réunies que par la suture, celles qui résultent de certaines opérations pratiquées dans une cavité, dans un conduit; ainsi dans la bouche, dans le vagin.

Mais les chirurgiens qui ont soutenu et patroné le plus chaudement la suture n'ont jamais pu dissimuler, d'une manière complète, certains inconvénients et même certains dangers qui se rattachent à ce moyen de réunion. Pibrac, malgré ses exagérations, malgré son opposition passionnée contre la suture, n'a pas toujours tort, et plusieurs de ses objections sont restées sans réponse, ou n'ont été détruites ni par l'argumentation, ni par le temps.

On reprochera toujours à la suture de prolonger d'une manière notable l'opération et d'être d'une application douloureuse, ce qui peut être, dans certaines circonstances, non-seulement un inconvénient, mais un danger. Une opération qui, par elle-même, a été longue, douloureuse, est plus ou moins compromise par l'application de sutures nombreuses qui renouvellent ou prolongent les souffrances. Dans quelques opérations, la suture nécessite plus de temps et fait plus souffrir que l'opération elle-même. Celle du phimosis est dans ce cas.

Par le procédé que j'ai adopté, le retranchement de la portion exubérante du prépuce s'opère en un clin d'œil, tandis que, pour passer le nombre de fils nécessaires à une réunion immédiate, il faut pratiquer de nombreuses piqûres et employer un temps assez long. La plupart des opérations autoplastiques sont dans ce cas. Ce qui est plus grave, c'est que dans chaque piqûre reste un corps étranger ; c'est l'aiguille ou le fil qu'elle entraîne. Ce corps, qui séjourne plus ou moins dans les tissus, les agace, les irrite et détermine toujours une inflammation ulcérative autour de lui.

Cette ulcération est, en général, bornée ; mais son existence seule nuit plus ou moins à l'accomplissement d'une adhésion complète immédiate et la réparation est retardée. Un danger qu'on n'a guère signalé, que je sache, est celui-ci : chaque fil parcourt un trajet qui met en communication la peau avec les tissus sous-jacents. Si donc il survient un érysipèle, cette inflammation, éminemment extensive, profitera de ces conduits pour envahir les tissus sous-cutanés, de sorte qu'au lieu d'un simple érysipèle, on aura un érysipèle phlegmoneux, c'est-à-dire une des plus graves complications des plaies. On sait, en effet, que l'érysipèle profite de la moindre solution de continuité de la peau, quelquefois de la moindre excoriation, pour gagner les tissus sous-cutanés et devenir phlegmoneux.

L'ulcération ne se borne pas toujours à un trajet en rapport avec le fil ou la tige métallique qui l'a entraîné ; quelquefois elle s'étend avec rapidité et divise les tissus, les lèvres traumatiques, au point de produire des espèces de fistules et de laisser des difformités, des dépressions cicatricielles après la guérison.

Ajoutez à ces inconvénients, à ces dangers, les difficultés d'application, et vous verrez que tout n'a pas été réfuté dans ce que Pibrac a avancé contre la suture. Ainsi, voyez les difficultés qu'il y a de coudre le périnée, et celles qu'on rencontre pour porter des fils dans le vagin ou dans la bouche et même sous l'aisselle.

J'ai cherché à lever ces inconvénients, à éviter ces dangers par un moyen unissant qui affronterait et tiendrait affrontés les bords d'une plaie aussi exactement que la suture, sans diviser les tissus, sans laisser aucun corps étranger. Pour cela, j'ai fait confectionner de petits instruments que j'ai appelés *serre-fines*. Ces instruments agissent d'après le mécanisme des pinces à pression continue. On sait que ces pinces sont comme celles à dissection ; mais les branches se croisent vers le milieu, ce qui fait qu'une pression vers l'extrémité opposée aux mors ouvre la pince, et que, pour la fermer, on n'a qu'à cesser la pression. M. Charrière fabrique ces pinces pour les dissections, et

il y a longtemps que je m'en sers pour saisir et fixer solidement le bout du prépuce, afin de l'exciser facilement avec de grands ciseaux. Les premières *serre-fines* faites sur le modèle des pinces à pression continue ont été représentées dans le numéro du 30 septembre du *Bulletin de Thérapeutique* (page 271). Elles forment, quand elles sont fermées, un huit de chiffre très-allongé. En pressant sur l'anneau inférieur, on ouvre l'anneau supérieur, qui représente alors deux petites serres ou crochets. J'ai déjà dit que chaque branche pouvait être divisée en plusieurs griffes, ce qui permettrait de réunir, d'un seul coup, plusieurs points de la plaie. Ces premières *serre-fines*, fabriquées par M. Charrière, étaient en acier. Je les trouvais trop lourdes et d'un entretien assez difficile. M. Luër en a fait d'autres qui sont beaucoup plus légères; leur entretien est assez facile, car elles sont en argent. Je vais les décrire et les représenter, de manière à mettre à même le praticien, non-seulement de les appliquer, mais, à la rigueur, de les confectionner pour son usage. Voici l'idée la plus simple de la *serre-fine* : c'est d'abord un fil d'argent de la force d'une épingle ordinaire ; il forme à son milieu deux spirales l'une au devant de l'autre. C'est là le ressort. Chaque branche décrit une S, dont une extrémité se joint à la spirale, et dont l'autre extrémité porte un crochet. Si vous rapprochez ces deux S de manière à ce qu'ils se croisent au milieu, vous obtenez un huit de chiffre, et les crochets se rencontrent alors par leurs extrémités. Si on presse sur le grand anneau inférieur, on tend le ressort formé par le petit anneau inférieur, on ouvre le supérieur, et les crochets sont à découvert. Mais, en cessant la compression, l'anneau supérieur se ferme, et tout ce qui est compris entre les crochets est embrassé et fortement retenu par eux.

1 2

Maintenant, pour pouvoir bien saisir, avec les doigts, et appliquer ces *serre-fines*, on a courbé en anse chaque côté du grand anneau inférieur, ainsi que le montre la figure ci-jointe. Sans doute, il vaut beaucoup mieux se servir de *serre-fines* artistement faites, et je crois que le succès d'une réunion absolument immédiate dépendra autant de la fabrication de ces instruments que de la manière de les appliquer. Mais dans un cas d'urgence, quand il s'agira, par exemple, d'arrêter une hémorrhagie par piqûre de sangsues, je crois qu'avec une longue épingle, comme celles dites à insectes, et même avec un fil de fer, un praticien intelligent pourra improviser une *serre-fine*, si j'ai été assez heureux pour donner de la clarté à la description que je viens de

faire de cet instrument. Comme on le pense bien, un fabricant habile, bien dirigé, pourra singulièrement modifier, selon les exigences chirurgicales, la forme, la force de cet instrument. Les *serre-fines* que j'emploie maintenant ont un crochet double de chaque côté, c'est-à-dire que chaque branche se termine par une très-petite érigne double.

Tant qu'il ne s'agira que de réunir des plaies tégumentaires, les *serre-fines* que je représente ici seront suffisantes; quand leur action devra s'étendre profondément, quand du tissu cellulaire, des muscles même, devront être, pour ainsi dire, saisis, maintenus à travers la peau, quand les *serre-fines* auront cette prétention, elles devront être beaucoup plus fortes. Mais on sait que, dans certaines divisions profondes et comprenant des tissus très-différents, la réunion de la peau amène quelquefois la réunion des tissus plus ou moins profondément sous-cutanés. Ainsi mon collègue M. Danyau, qui a déjà habilement appliqué les *serre-fines* à la rupture du périnée, s'est contenté de celles qui ne pincent que la peau, et cependant, non-seulement la plaie a été réunie dans sa partie superficielle cutanée, mais dans toute son étendue, dans toute sa profondeur. Le succès de M. Danyau est même le plus satisfaisant de ceux qui ont déjà été obtenus jusqu'ici par les *serre-fines*.

On comprend le mécanisme de ces instruments; chaque crochet saisit un point très-limité de la plaie, le saisit très-solidement, le rapproche du point opposé et le maintient là avec exactitude. Le crochet n'entame même pas la peau; il ne pénètre donc pas dans le foyer traumatique qui ne renferme ainsi aucun corps étranger. On conçoit alors que ce que j'ai dit de la douleur causée par les sutures, de l'agacement, de l'irritation produite par les fils ou les tiges métalliques; que les craintes d'un érysipèle phlegmoneux, d'une ulcération, d'une difformité plus ou moins apparentes, on conçoit que ces inconvénients, ces dangers, qui tous dépendent de la plaie, de la suture et du corps étranger qu'elle laisse dans les chairs, ne peuvent être imputés aux *serre-fines*, qui sont destinées, au contraire, à les faire éviter.

L'absence de tout corps étranger place la plaie réunie dans des conditions identiques à celles des sections sous-cutanées, ce qui simplifie et hâte singulièrement la réparation. En effet, jusqu'à présent, je n'ai observé, après l'application des *serre-fines*, aucun phénomène réellement inflammatoire; l'adhésion s'est opérée non par un phénomène morbide, mais par le procédé physiologique. L'adhésion étant très-prompte, les *serre-fines* peuvent être retirées de très-bonne heure., ce qui hâte singulièrement la réparation complète, ce qui permet d'en

employer un grand nombre. Pour les plaies de la peau, vingt-quatre heures suffisent toujours. On peut, dans certains cas, ne les laisser que douze, que huit heures, et même les enlever plus tôt. J'ai publié un fait d'ablation d'une tumeur érectile de la tempe chez un enfant. J'avais réuni la plaie avec les *serre-fines* ; l'opération fut faite le matin à neuf heures : le soir, à huit heures, les instruments furent enlevés, et la réunion était complète. J'ai pratiqué une opération de phimosis après laquelle la muqueuse et la peau furent tenues en contact pendant moins d'une heure par les *serre-fines* : après la levée de ces instruments, il y eut une agglutination qui persista, et cette plaie ainsi agglutinée ne s'est pas désunie, elle n'a pas suppuré. M. Richet, qui a heureusement appliqué les *serre-fines* pour réparation des paupières, a obtenu aussi des adhésions d'une promptitude merveilleuse. Le seul pansement consiste en application sur les *serre-fines* d'une compresse mouillée. Je m'arrête, car j'en ai assez dit pour mettre les chirurgiens consciencieux à même d'expérimenter ce moyen. Il y a deux signes qui présagent un avenir à ce moyen d'union : 1° les succès, l'approbation des hommes qui représentent la partie vive et progressive de la chirurgie. En effet, MM. Lenoir, Danyau, H. Larrey, Debout, Guersant, Maisonneuve, Chassaignac, Richet, Sédillot, Bouisson, Giraldès, Depaul, ont la plupart heureusement appliqué ou favorablement accueilli ce moyen. 2° Il s'est élevé, à son occasion, une question de priorité que je traiterai ailleurs, et *très-ouvertement*. VIDAL (de Cassis).

QUELQUES MOTS SUR LE TRAITEMENT DE L'ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE CRURALE.

Si tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord sur la méthode opératoire à laquelle on doit avoir recours pour obtenir la cure radicale d'un anévrysme spontané de la partie moyenne de la cuisse ; si, en d'autres termes, ils admettent que c'est à celle d'Anel ou de Hunter que l'on doit accorder la préférence, ils sont loin de s'entendre aussi bien lorsqu'il s'agit de préciser les points où la ligature doit être appliquée. Les uns, partisans du procédé ancien, veulent que l'on ouvre le sac et que l'on passe le fil immédiatement au-dessus ; les autres prétendent au contraire que l'on doit s'éloigner le plus possible de la poche anévrismale ; tous apportent à l'appui de leur manière de voir des arguments dont nous ne discuterons pas la valeur ; nous nous contenterons de rapporter une observation recueillie dans le service de M. Jobert (de Lamballe), laquelle suffit pour prouver que, comme l'a fort

justement dit l'habile chirurgien que nous venons de nommer, il existe des cas où il est tout à fait indispensable de pratiquer l'opération loin de l'altération, dût-on laisser entre l'anévrysme et le point de l'artère où l'on applique la ligature quelque collatérale volumineuse.

Voici le fait : le 20 janvier 1849, entra à l'hôpital Saint-Louis le nommé Verms, âgé de quarante-trois ans, pour y être traité d'une tumeur située vers le milieu et sur le trajet de l'artère fémorale. Cette tumeur était mal circonscrite, peu saillante, indolente, sans changement de couleur à la peau ; de plus, elle était le siége de forts battements synchroniques avec le pouls ; mais ils disparaissaient quand on comprimait la fémorale sur l'éminence iléo-pectinée; en même temps la tumeur s'affaissait. A tous ces signes, il n'était pas possible de méconnaître l'existence d'un anévrysme de l'artère fémorale. Le 22, on appliqua le tourniquet pour permettre aux collatérales de se dilater.

Le 3 février, M. Jobert pratiqua la ligature de l'artère fémorale par la méthode de Scarpa, c'est-à-dire au-dessus de la crurale profonde. Le malade alla bien jusqu'au 9 février. Le lendemain matin, pendant le pansement, un peu de sérosité sanguinolente s'échappa par la plaie ; le soir, vers sept heures, il survint une hémorrhagie abondante occasionnée par un violent effort que fit l'opéré. Le 12 février, à onze heures du matin, l'hémorrhagie reparut, et malgré les soins les plus empressés, le malade succomba à trois heures de l'après-midi.

L'autopsie de la cuisse révéla les particularités suivantes :

Au niveau de la ligature, on remarqua que le vaisseau était coupé sur toute sa circonférence, excepté en un point où ses deux bouts tenaient encore l'un à l'autre par un mince lambeau de membrane celluleuse. Le calibre de l'artère fémorale était notablement agrandi, ses parois épaissies, sa surface interne rouge et rugueuse. L'artère était malade dans l'étendue de plusieurs pouces au-dessus du sac, et l'altération remontait même jusqu'au-dessus de la ligature qui avait porté sur des tissus altérés. La membrane interne se continuait sans solution de continuité avec celle du sac, mais elle manquait complétement au niveau du point où la dilatation était le plus considérable.

La portion d'artère inférieure au sac ne paraissait pas altérée, son calibre seulement semblait retréci, mais on n'y apercevait pas d'épaississement notable. Au moment où cette partie inférieure s'échappait du sac, elle était fermée par un caillot conique distinct de ceux contenus dans l'intérieur de la poche. Ce caillot fermait l'ouverture de communication et se continuait avec une autre plaie au centre du sac anévrysmal, et qui renfermait du sang liquide dans son intérieur, tandis qu'il était plus solide à la circonférence.

Comme je l'ai dit plus haut, cette observation me semble démontrer que l'on ne saurait, en pareille circonstance, trop s'éloigner de la portion altérée de l'artère. Sans doute le malade a commis une très-grave imprudence ; mais cela n'empêche pas que la ligature a été appliquée sur un point enflammé de l'artère, c'est-à-dire sur des tissus friables et qui n'offraient pas le degré de consistance désirable. Aussi, dès le huitième jour, l'artère était-elle entièrement coupée. Cependant le chirurgien, dans la prévision d'une complication de cette nature, avait eu soin de pratiquer l'opération loin du sac anévrysmal. Peut-être s'il s'en fût éloigné encore davantage, s'il eût pratiqué la ligature de l'artère iliaque externe, eût-il eu plus de chance de réussir. Mais c'est là, il est vrai, une simple conjecture, et par elle-même la ligature de l'artère iliaque externe est une très-grave opération.

R.

CHIMIE ET PHARMACIE.

FORMULES DIVERSES TIRÉES DES PHARMACOPÉES ÉTRANGÈRES.

MIXTURE ALCOOLIQUE

Mistura spiritus vini.

Eau-de-vie............	āā 96 grammes.
Eau de cannelle.........	
Jaunes d'œufs..........	n° 2.
Sucre..................	15 grammes.
Teinture de cannelle.....	0,8

Cette mixture, dont la formule est donnée par les principales Pharmacopées anglaises, est une imitation d'un mélange bien connu en Angleterre sous le nom de *Egg-flip*. Elle rappelle encore une préparation populaire en France, que l'on désigne sous le nom de *lait de poule*.

Stimulant restauratif. Dose : 10 à 50 grammes.

PILULES TONIQUES DE FORMEY.

Chlorure de fer ammoniacal.	āā 2 grammes.
Rhubarbe................	
Extrait de quinquina......	
Alun..................	
Huile volatile de cannelle...	6 gouttes.

F. S. A. des pilules de 20 centigrammes.

Dose : 3 à 5 pilules, matin et soir.

Rachitisme, fièvres intermittentes, hémorrhagies passives.

INFUSÉ DE ROSES COMPOSÉ (PHARMAC. DE LONDRES).

Roses rouges...........	12	grammes.
Acide sulfurique dilué.....	6	—
Sucre.	24	—
Eau bouillante.	500	—

Mettez les roses dans un vase de verre ou de terre ; versez l'eau bouillante dessus, ajoutez l'acide, laissez infuser pendant 6 heures, passez et ajoutez le sucre.

A prendre par quart de verre, dans la journée, contre la leucorrhée, les hémorrhagies.

MIEL FERRUGINEUX (PHARMAC. ALLEMANDES).

Opiat ou *Electuaire au carbonate de fer.*

Carbonate de fer.........	20	grammes.
Quinquina en poudre......	10	—
Cannelle en poudre.......	5	—
Miel..................	120	—

F. S. A. Un mélange homogène.

Dose : deux cuillerées par jour, dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR L'OPPORTUNITÉ DES OPÉRATIONS A LA SUITE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES GRAVES QUI INTÉRESSENT LES ARTICULATIONS DES PHALANGES.

S'il est, en chirurgie, une question d'une haute importance pratique, c'est assurémment celle qui doit décider de l'opportunité de ces opérations. Naguère encore, l'amputation était considérée comme la seule ressource applicable aux blessures accompagnées de désordres un peu étendus, tandis qu'il est aujourd'hui parfaitement démontré que l'on peut, au moyen de pansements simples, mais dirigés avec méthode, obtenir, en pareil cas, des résultats inespérés et conserver des membres qu'une précipitation fatale eût conduit à sacrifier. Si l'on se pénètre de l'importance de toutes les parties qui composent la main; si l'on réfléchit, en outre, à la force organique dont sont doués les appendices des membres, force qui se suffit à elle-même dans l'immense majorité des cas, du moins pour conserver ou éliminer, on sera, je le suppose,

suffisamment autorisé à abandonner ce soin à la nature. J'ai vu plusieurs fois, durant le cours de mes études médicales, le succès couronner cette sage temporisation ; c'est le précepte que j'ai depuis mis à exécution, et l'observation que j'ai l'honneur de vous adresser est un nouvel exemple des bons résultats de ce mode de traitement.

Obs. Le sieur D..., âgé de trente-deux ans, ouvrier fondeur, voulut déposer une mouche dans l'un des engrenages d'une très-forte roue à pignon; mais cette distraction toute puérile lui fut fatale, car le doigt indicateur de la main droite s'engagea avec l'insecte entre les dents de la machine et fut horriblement broyé. Lorsque le malade vint réclamer mes soins, je constatai une plaie contuse, à lambeaux multiples, comprenant toute l'étendue des deux dernières phalanges, et au fond de laquelle on voyait à nu les deux articulations ; la supérieure était entièrement ouverte à l'accès de l'air, les os étaient dénudés, et l'extrémité onguéale de la phalangette réduite en esquilles ; les lambeaux eux-mêmes semblaient être désorganisés. Ces désordres ne me parurent pas néanmoins suffisants pour motiver une amputation immédiate ; je résistai même, dans la circonstance, à l'avis d'un confrère et aux vives sollicitations du malade, qui me priait de le débarrasser d'un membre pour la conservation duquel il avait perdu tout espoir. Après avoir affronté les lambeaux avec toute la précision désirable, le doigt fut maintenu immobile sur une petite attelle et soumis à des irrigations continues d'eau froide. Les escarres et l'ongle ne tardèrent pas à se détacher ; les esquilles furent entraînées par la suppuration ; et la plaie, bientôt recouverte de nombreux bourgeons charnus, marcha progressivement sans accidents aucuns vers une complète et rapide cicatrisation. La durée totale du traitement a été de six semaines environ. Aujourd'hui, le malade a repris ses travaux habituels ; le raccourcissement du doigt est à peine appréciable et ne gêne nullement les mouvements de la main.

SAINT-MARTIN, D. M.
à Niort (Deux-Sèvres).

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES CAS DE RÉTENTION DU PLACENTA APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

La possibilité de la résorption du tissu placentaire adhérant à la face interne de l'utérus, bien qu'admise par les auteurs modernes, dont le nom fait loi en pratique obstétricale, MM. Nœgele, Stoltz, P. Dubois, etc., est un fait pathologique dont beaucoup de praticiens soint loin d'être convaincus. A ce titre vous daignerez accueillir, je l'espère, les observations suivantes qui, tout incomplètes qu'elles soient, ont leur intérêt pratique.

Obs. I. Une femme, jeune encore et d'une bonne constitution, accouche d'un enfant mort-né. La délivrance tardant longtemps, on lui administre 1 gramme de seigle ergoté; aucun résultat n'ayant lieu, on change de seigle ergoté, et la femme en prend une dose double de la première, mais sans plus de succès : il ne se manifeste aucune douleur, aucun travail. Pendant trois jours consécutifs, trois praticiens font, tour à tour, des tentatives réitérées pour arracher le placenta; mais les adhérences de ses bords étaient tellement intimes avec le tissu utérin, qu'on ne put réussir à le détacher. De guerre lasse, on fut forcé d'abandonner la femme; et, contrairement à tout espoir, elle guérit fort bien. Une saignée, la diète et le repos la mirent à l'abri des résultats qu'auraient pu amener les tentatives d'extraction. J'ai suivi la convalescence, et la malade m'a toujours soutenu n'avoir rien rendu qui pût ressembler à des morceaux de placenta.

Deux années après cette femme accouche de nouveau, et la délivrance ne se fait pas spontanément. On saisit le cordon, et, par des tractions réitérées, on ne peut parvenir à détacher le gâteau placentaire. La main, portée dans la cavité utérine, parvint à en séparer une moitié, qui fut extraite; quant au reste, il adhérait d'une façon tellement intime avec l'utérus, qu'on fut contraint de l'abandonner. Ce qui s'était passé lors de la couche précédente rassurait sur les résultats qui devaient suivre la rétention de la partie du placenta adhérente. Une petite languette, qui resta pendante entre le col utérin, fut entraînée par l'écoulement lochial, mais la femme assura de nouveau que rien autre n'était sorti. Du reste elle se rétablit aussi complétement que la première fois, et, bien que les manœuvres eussent été moins violentes et moins répétées, je jugeai prudent de pratiquer une saignée.

Obs. II. Une sœur de cette femme accouche une première fois d'un enfant mort-né; la durée du travail n'a pas été de moins de huit jours; et le seigle ergoté était enfin venu faire trêve à cette longue série de douleurs. La délivrance fut facile et spontanée. Quinze mois après, elle accouche pour la seconde fois d'un enfant mort; la délivrance ne se fait pas. L'administration du seigle ergoté provoque seulement d'assez fortes douleurs, sans amener l'expulsion du placenta. La main portée dans la cavité utérine parvient, comme dans le cas précédent, à détacher une partie du placenta, qui est seule extraite, tandis que le reste est abandonné. La femme se rétablit sans aucun accident; quelques parcelles seulement furent trouvées, vers le cinquième ou sixième jour, au milieu des lochies.

Si ces faits n'ont pas la valeur que je leur prête, le premier surtout,

comme preuve de l'absorption du placenta, on ne leur peut contester celle de venir à l'appui de l'enseignement donné : qu'il vaut mieux, dans les cas semblables de délivrance difficile, abandonner le placenta que de chercher à le détacher par des manœuvres violentes; car ces manœuvres peuvent provoquer une métro-péritonite, dont les résultats sont plus à redouter que le séjour du placenta dans l'utérus.

DITHURBIDE, D.-M.
à Sare (Basses-Pyrénées).

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire naturelle des drogues simples, ou *Cours d'histoire naturelle,* professé à l'Ecole de pharmacie de Paris, par M. GUIBOURT. 4e édition, 3 volumes in-8°, chez J.-B. Baillière.

Dans un temps de moins graves préoccupations, la publication de cet ouvrage eût fait événement dans la science. Malgré ces conditions défavorables, nous ne doutons pas que les hommes studieux à qui il s'adresse ne lui fassent l'accueil qu'il mérite.

C'est en 1820 que M. Guibourt publia la première édition de son ouvrage, sous le nom d'Histoire abrégée des drogues simples. Il formait alors 2 volumes faisant ensemble 863 pages. La seconde édition parut en 1826, et la troisième en 1836. La quatrième, dont nous nous occupons, forme 3 volumes, dont les deux premiers, qui seuls ont été publiés jusqu'à présent, prennent déjà 1,200 pages. Si l'on admet que l'auteur donne aux nombreux articles qui lui restent à traiter les mêmes développements qu'à ceux des premiers volumes, on peut supposer que le troisième volume comptera à lui seul 800 à 1,000 pages, en tout au moins 2,000 pages, sans longueurs phraséologiques.

Certes, un ouvrage qui a eu quatre éditions a obtenu un beau succès. Il semblerait donc, d'après cela, que l'auteur ne devait avoir qu'à faire les additions nécessitées par les progrès de la science et de la pratique, en suivant l'économie du plan primitif. M. Guibourt, à un âge où généralement on est peu enclin aux réformes et aux innovations, ne s'est point laissé aller aux douceurs qu'autorisaient ses succès antérieurs; il a non-seulement, avec un courage que nous ne saurions trop louer, exécuté son ouvrage sur un plan entièrement neuf; mais encore il a remanié le texte des anciens articles, afin de substituer, à des descriptions vagues et confuses que l'on remarquait dans les anciennes éditions, des descriptions catégoriques.

L'Histoire naturelle des drogues simples est d'abord divisée en trois

grandes divisions : les minéraux, les végétaux, les animaux. Chacune de ces divisions est précédée de considérations générales, qui en font en quelque sorte autant de traités distincts. Ainsi la partie minéralogique contient dans ses prolégomènes toutes les notions nécessaires à l'étude des minéraux ; la partie qui traite des végétaux est précédée de notions de botanique suffisantes pour aborder convenablement l'histoire naturelle végétale. Sans nul doute, la partie qui traite des animaux sera précédée, elle aussi, de notions générales de zoologie.

La matière de chacune de ces trois principales divisions est elle-même divisée par familles, où, après des considérations générales sur l'ensemble de la famille, l'histoire particulière de chaque substance appartenant à la matière médicale vient prendre place.

Nous ne saurions mieux faire, pour donner une idée de la manière avec laquelle les articles sont traités, que d'en reproduire un. Voici, comme exemple, un article que nous trouvons au commencement du deuxième volume, dans la section des végétaux acotylédonés, ordre des algues, famille des sphærococcoïdées :

« Mousse de Corse, nommée aussi *coraline de Corse* ou *helminthocorton*. — La mousse de Corse est un mélange de plusieurs petites algues qui croissent sur les rivages de l'île de Corse, qu'on ramasse sur les rochers et qu'on nous envoie telles qu'on les recueille, c'est-à-dire mélangées en outre d'impuretés et de beaucoup de gravier. Les botanistes ont compté dans la mousse de Corse jusqu'à vingt-deux espèces d'algues qui n'ont pu être comprises dans les seuls genres de Linnée, ce qui a forcé d'en faire de nouveaux. Les principales sont : le *gigartina helminthocorton* (Lamx.), qui a reçu son nom de la mousse de Corse et qui en fait la partie essentielle et principale ; les *fucus purpureus* et *plumosus ;* le *corallina officinalis ;* le *conferva fasciculata,* etc. Sans entrer dans le détail des caractères de ces différentes substances, voici ceux qui appartiennent au *gigartina helminthocorton.*

« Cette plante appartient au sous-ordre des choristosporés et à la famille des sphœrococcoïdées. Elle est composée d'un nombre infini de petites fibres réunies par leur base à des parcelles du gravier sur lequel elles végétaient. Chaque fibre doit être considérée comme une petite tige qui se bifurque en deux rameaux bifurqués deux fois eux-mêmes, c'est-à-dire qu'elle est *dichotome.* Ces fibres sont d'un gris rougeâtre sale à l'extérieur, ce qui forme également la couleur générale de la masse ; mais elles sont blanches en dedans. Elles sont sèches et assez dures à casser lorsqu'on conserve la mousse de Corse dans un lieu sec ; elles deviennent souples et humides lorsqu'on la conserve dans un lieu humide ; enfin la mousse de Corse a une odeur marine forte et désagréa-

ble et une saveur fortement salée. On doit la choisir légère et contenant le moins de gravier possible. Elle est estimée vermifuge. On l'emploie en poudre, en infusion, en gelée, en sirop.

« On trouve dans le neuvième volume des Annales de chimie une analyse de la mousse de Corse faite par M. Bouvier, et dont voici les résultats : 100 parties de cette substance ont fourni : gélatine végétale 60,2 ; squelette végétal 11,0 ; sulfate de chaux 11,2 ; sel marin 9,2 ; carbonate de chaux 7,5 ; fer, magnésie, silice phosphate de chaux 1,7= 100,8. D'après cette analyse la mousse de Corse contiendrait plus de la moitié de son poids d'une matière propre à former gelée avec l'eau ; et cependant cette substance, prise dans le commerce, ne produit pas de gelée. Je pense que l'analyse de M. Bouvier est exacte, mais que la mauvaise habitude qu'ont les commerçants de placer la mousse de Corse dans des lieux très-humides est la cause de la destruction du principe gélatineux. La mousse de Corse ne contient qu'une très-petite quantité d'acide. »

On peut juger, par la description d'une substance médicale aussi peu importante que l'est la mousse de Corse, du soin que l'auteur a dû mettre dans l'histoire des substances d'un haut intérêt.

Des figures d'une exécution parfaite, et en un nombre auquel les ouvrages de matière médicale français ne nous ont pas habitués, contribuent, avec les importants changements que nous avons signalés, à donner au Cours d'histoire naturelle de M. Guibourt le caractère d'un ouvrage entièrement neuf; ouvrage qui n'est pas moins propre à initier les élèvs qu'à parfaire les praticiens eux-mêmes dans l'étude et la connaissance des drogues simples. X.

BULLETIN DES HOPITAUX.

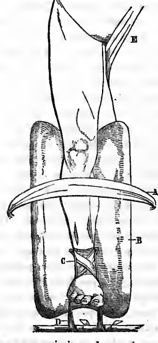
Coup d'œil sur l'emploi chirurgical du caoutchouc vulcanisé. — Si les progrès incessants de l'industrie viennent parfois ajouter à la somme déjà considérable des infirmités humaines (pour le prouver, il suffit de signaler les accidents redoutables que provoquent souvent les émanations phosphorées dans la fabrication des allumettes chimiques), plus souvent encore, par une sorte de compensation, ces progrès viennent nous doter de découvertes nouvelles ou de procédés inconnus qui permettent à d'anciens produits de sortir des limites étroites dans lesquelles ils avaient été circonscrits jusque-là, et de répondre d'une façon plus large aux indications que l'art avait formulées. Ces réflexions nous sont suggérées par une récente communication que M. le docteur

Garriel est venu faire à la Société de chirurgie, sur l'emploi du caoutchouc vulcanisé. Comme un grand nombre des propositions émises par notre habile confrère ont été déjà sanctionnées par l'expérimentation clinique qui se poursuit dans les hôpitaux, nous n'hésitons pas à appeler l'attention de nos lecteurs sur les nombreuses ressources que ce nouveau produit est appelé à offrir à la pratique de la chirurgie.

Vulcanisation du caoutchouc. Le caoutchouc, on le sait, possède des propriétés précieuses, mais l'industrie seule en avait tiré profit, car les défauts qu'il présente avaient rendu infructueux les efforts que les chirurgiens avaient tentés. Cette substance semblait donc devoir rester confinée dans la sphère industrielle, lorsque la chimie est venue lui créer un brillant avenir en faisant connaître un procédé qui, au moyen du sulfure, du carbone et du chlorure de soufre, annihile complétement certaines propriétés qui s'opposaient à son usage en chirurgie et doivent donner à son emploi un essor dont il est impossible aujourd'hui de prescrire les limites. Soumis à l'action de ce nouveau proeédé qu'on nomme la *vulcanisation*, le caoutchouc acquiert une force de cohésion et d'élasticité telle qu'il est impossible de rompre une bande large de deux centimètres, et, quelque considérable et répétée que soit la distension, la bande revient toujours à son point de départ. Cette substance devient inattaquable par les agents chimiques les plus puissants : les acides nitrique, sulfurique, hydrochlorique, le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure. Les huiles et les corps gras n'ont également aucune action sur elle. En pouvons-nous dire autant de certains liquides alcalins, l'urine par exemple? Quelques faits nous portent à faire nos réserves à cet égard. Enfin, et c'est là le point capital à nos yeux, le caoutchouc vulcanisé conserve toute sa souplesse, toute son élasticité, sous l'influence des températures les plus opposées ; il ne se ramollit jamais par la chaleur, ne se durcit par le froid, ni ne se resserre par les variations extrêmes du froid et du chaud. L'on conçoit combien des qualités aussi précieuses doivent fournir de ressources aux praticiens pour la confection des appareils chirurgicaux. Nous allons passer rapidement en revue les essais dont nous avons été témoin.

Appareils à traction continue. Nous n'avons pas à apprécier la valeur de l'extension continue appliquée au traitement des fractures ; c'est un point de pratique chirurgicale sur lequel nous avons récemment encore appelé l'attention de nos lecteurs (tome XXXIV, page 130 et 333) ; nous devons nous borner à signaler le nouvel appareil que les propriétés du caoutchouc vulcanisé ont permis à M. Garriel de réaliser pour un cas de fracture du col du fémur ; car c'est le propre de

cette substance de se prêter immédiatement aux diverses intentions du chirurgien et de réaliser presque instantanément les indications particulières qu'il doit remplir. Pour le traitement des fractures du corps du fémur, l'appareil figuré dans la gravure ci-jointe suffit ; mais si la brisure porte sur le col de cet os, il faut obtenir une extension continue ; on change alors l'alèze E de côté, pour la placer à la partie supérieure du membre fracturé. La traction devant s'exercer sur le pli de l'aine ne peut avoir lieu d'une façon un peu énergique sans compromettre l'intégrité des tissus sur lesquels porte le lien. C'est, en effet, ce qui était arrivé chez un malade, traité dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital Saint-Louis, pour une fracture du col du fémur. Des excoriations assez étendues survenues dans le pli inguinal forçaient le chirurgien à cesser l'emploi de cette méthode, lorsque M. Garriel lui proposa de substituer un long tuyau en caoutchouc à l'alèze employée. Ce tuyau, préparé en quelques heures, présentait à sa partie moyenne, ainsi que le représente la figure ci-dessous, un renflement assez considérable. Lorsqu'il fut distendu par l'insufflation, il offrait une





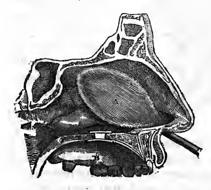
surface tellement lisse et polie que l'on put continuer l'extension sans provoquer de douleurs. Deux jours après, on ne fut pas médiocrement surpris en constatant la cicatrisation complète des plaies de l'aine, malgré la continuité d'action du tube en caoutchouc. Depuis, M. Garriel a complété cet appareil, en faisant construire une sorte de bracelet terminé par deux prolongements pourvus de deux robinets destinés à maintenir l'air insufflé. Ce bracelet, nommé étrier, est destiné à maintenir la contre-extension qui, dans la figure ci-dessus, est

exercée à l'aide d'un bandage en 8 de chiffre; les prolongements de l'étrier remplacent les bandes cousues de chaque côté du bandage, et sont terminés par des liens qui permettent de fixer l'appareil au pied du lit.

M. Garriel a présenté des appareils pour le traitement des déviations de la colonne vertébrale, construits sur les mêmes données. Quant à celui pour le traitement des pieds-bots, c'est le modèle de M. Bouvier, dans lequel les coussins garnis de crin sont remplacés par des coussins insufflés d'air. Les avantages que nous venons de signaler dans la tension inoffensive des appareils de traction suffisent pour juger ceux que doivent présenter les mêmes modifications appliquées à des appareils qui doivent exercer des pressions continues et longtemps prolongées.

Compression. L'élasticité si remarquable des bandes en caoutchouc que nous signalions au début de cette note en indique l'emploi dans tous les cas qui réclament une compression méthodique et régulière ; plus de ces plis qui blessent les parties sur lesquelles les bandes sont appliquées; le chirurgien est dispensé de ces renversés, qu'une certaine habitude seule permet d'exécuter de manière que les plis qu'il veut prévenir et la régularité qu'il cherche ne nuisent point au degré de compression qu'il désire obtenir. Avec les bandes ordinaires, il faut exagérer la pression, car le linge cède, tandis que le contraire a lieu avec le caoutchouc, et d'une manière assez énergique pour que l'on ne doive pas l'oublier. Enfin, un des résultats non moins précieux, qu'il faut subir pour le bien comprendre, est la possibilité d'exercer la compression sur un point d'un membre en laissant les autres parties presque libres. Ainsi, M. Garriel nous a appliqué sur la partie inférieure du bras une de ses bandes, en ayant soin de tendre avec force la partie en rapport avec la face interne, tandis qu'il laissait lâche celle qui recouvrait la face dorsale. Lorsque la bande fut appliquée ainsi, il était très-facile d'introduire le doigt sous la partie de la bande qui était placée sur la face postérieure du bras, tandis que la partie antérieure du bandage serrait tellement les parties avec lesquelles elle se trouvait en contact, que c'était avec peine qu'on y pouvait glisser un couteau à papier. La cause de ce résultat, surprenant au premier abord, est facile à saisir : ces bandes, bien que lisses, offrent une surface légèrement grenue, et les deux points où les degrés de compression différents s'exercent, se happent et forment point d'appui et d'arrêt. On comprend la valeur de cette propriété dans les cas si fréquents de blessures des artères du poignet; on pourra comprimer le point où se trouve le vaisseau lésé, tout en laissant intacte la circulation des autres parties. Nous regrettons que l'occasion ait encore manqué de soumettre à l'expérimentation clinique l'efficacité de ce nouveau moyen.

Pelotes à air. Ces pelotes, de formes et de dimensions variées, sont destinées à la compression des ganglions inguinaux, des glandes du sein, à la cure des hernies ombilicales chez les enfants ; leur action est très-douce, leur contact inoffensif ; aussi peut-on y avoir recours toutes les fois que l'on se propose de maintenir plutôt que de comprimer les parties, dans le cas de hernies que les pelotes des bandages ordinaires compriment imparfaitement.



Tubes à renflement pour le tamponnement des fosses nasales. Ce renflement, inappréciable dans l'état de vacuité de la sonde, permet d'introduire l'instrument avec la plus grande facilité; lorsqu'il a pénétré dans la cavité que l'on veut tamponner, on l'insuffle alors et lui donne des dimensions considérables. Dans la figure ci-jointe, le renflement A remplit facilement la moitié des fosses nasales; mais en augmentant la quantité de l'air, on peut lui faire acquérir des dimensions assez considérables, non-seulement pour lui faire remplir toute la cavité, mais encore le faire déborder dans l'arrière-bouche. Nous avons profité de la coupe représentée dans la figure, pour montrer le mode d'application d'un obturateur B, dont nous parlerons plus loin.

Sonde avec renflement pour la compression de la prostate. Dans les cas où ces tubes doivent être introduits dans des canaux étroits : l'urètre, l'œsophage, M. Garriel laisse à l'extrémité de la sonde son diamètre, afin de faciliter son introduction à l'aide d'un mandrin ; le renflement commence seulement à 2 ou 3 centimètres. Une des qualités précieuses du caoutchouc naturel, c'est de pouvoir subir la dilatation tantôt en avant, tantôt en arrière, ou en avant et en arrière à la fois, mais plus fortement dans une direction, suivant l'indication que l'on veut remplir; mais une propriété non moins précieuse, due seulement au nouveau procédé, c'est qu'une fois la vulcanisation accomplie, la dilatation ne peut plus être augmentée. Ce résultat montre les ressources que présente cette invention.

La figure ci-contre représente une sonde insufflée après son introduction dans la vessie, afin d'établir une compression sur la prostate tu-

méfiée. Elle est plus simple que la sonde de Ducamp et agit dans le même sens. Ce procédé nous semble encore préférable à l'emploi, ingénieux d'ailleurs, des petits cônes proposés récemment par M. le docteur Miquel (d'Amboise). M. Mercier s'est chargé de l'expérimentation du nouveau moyen proposé par M. Garriel, et doit nous rendre compte des résultats.



M. Diday, dans un dernier numéro de la Gazette médicale de Lyon, rend compte d'un beau succès qu'il a dû, à l'emploi de ces sondes à renflement dans un cas grave d'hémorrhagie utérine. Voici le fait en peu de mots : Mme B., âgée de cinquante-cinq ans, petite, maigre, affaiblie, avait éprouvé, trois mois auparavant, plusieurs métrorrhagies peu intenses, lorsque le 26 octobre ce chirurgien fut mandé pour une perte qui, depuis la veille, continuait avec une intensité inquiétante. Une potion contenant 1 gramme 50 de seigle ergoté, des aspersions d'eau froide sur le ventre, la vulve et les cuisses, de larges sinapismes promenés sur les seins, les bras et entre les deux épaules restant sans effet, cet habile praticien, pour faire trêve aux sinistres pressentiments de la malade, qui croyait mourir prochainement, eut recours à l'un de ces instruments que nous venons de décrire; nous laissons parler notre confrère : « Cet appareil excessivement simple, construit en caoutchouc vulcanisé, représente une petite vessie terminée par un long tube. Vide, et roulée sur elle-même, la poche a une grosseur et une longueur bien au-dessous du petit doigt. Je la graissai et l'introduisis, conduite sur l'indicateur, aussi profondément que possible dans le vagin; puis, tout en maintenant toujours en place du bout du doigt, je soufflai avec la bouche dans le tube resté au dehors. Je donnai ainsi à la vessie une dilatation dont j'avais pris idée d'avance par une insufflation préalable, et ce petit corps que j'avais pu faire pénétrer presque inaperçu, prit instantanément une ampliation telle qu'il constitua une sphère d'environ 33 centimètres de diamètre. Je retins l'air en liant l'extrémité du tube avec un fil. Aucun moyen contentif ne fut nécessaire pour fixer cet obturateur, adhérent par son vo-

lume même. L'hémorrhagie, à l'instant même suspendue, rendit inutile la continuation des autres remèdes. Je me bornai à commander le repos et le silence absolu autour de la malade, qui avait exigé qu'on lui fît administrer les derniers sacrements de l'Eglise. Aucune douleur ne se développa ni dans le ventre, ni aux parties génitales ; le moral rassuré ramena un peu de sommeil, et je pus permettre quelques bouillons légers. Tout allait bien, mais le souvenir que je gardais de cette hémorrhagie presque foudroyante m'engagea à attendre jusqu'au 28 au matin avant de toucher à l'appareil. Ce jour-là je me contentai de laisser échapper une partie de l'air insufflé ; nulle perte ne s'étant reproduite, j'enlevai la sonde le 29 au matin, après avoir fait le vide en aspirant avec la bouche à l'orifice du tube, afin de donner au corps qui allait sortir le plus petit volume possible. Il fut extrait sans aucune difficulté ; il était resté en place près de soixante-quatre heures. » Depuis, les forces de la malade sont revenues d'une manière graduelle. Nous n'insisterons pas sur les réflexions qui suivent cette observation; elles ont trait à la supériorité de ce mode de tamponnement, à sa simplicité, à la rapidité de son exécution, même dans les autres cavités que le vagin ; elles ressortent du fait que nous venons de reproduire : nous citerons seulement la phrase qui termine la lettre de M. Diday : « Le tamponnement sera désormais une vérité ! »

Pour prouver qu'il n'est aucune cavité qui échappe à l'application de ce procédé, nous ajouterons que M. Garriel a présenté à la Société de grosses sondes courtes, de formes et de volumes variables, qu'il nomme *suppositoires dilatateurs*; leur emploi est indiqué dans les chutes du rectum, les rétrécissements du sphincter, la compression des hémorrhoïdes, etc., etc.

Pessaires. Dans l'état actuel de l'art, les pessaires sont si défectueux, leur introduction comme leur extraction sont tellement pénibles, que c'est dans les cas extrêmes seulement que les femmes se décident à se soumettre à leur application. Le nouveau procédé relèvera-t-il leur emploi de cette espèce de défaveur ? Nous le croyons. Construits avec une substance d'un poli et d'une élasticité aussi considérable que le caoutchouc pur, l'on conçoit que leur introduction est facile et nullement douloureuse, car on peut leur faire prendre entre les doigts une forme allongée pour traverser l'orifice vulvaire : une fois en place on les abandonne; ils reprennent alors leur dimension première et s'adaptent au genre de déplacement que leur forme permet de maintenir. Lorsque leur volume doit être considérable, leur introduction serait douloureuse, malgré le poli de leur tissu, à cause de l'incompressibilité de l'air contenu ; dans ce cas on introduit le pessaire sans être insufflé, et l'on fait pénétrer

l'air lorsqu'il est en place, à l'aide d'une petite pompe foulante semblable à celle dont on se sert pour faire le vide dans les ventouses ; seulement, on le comprend, la disposition des soupapes est inverse, puisqu'au lieu d'aspirer l'air, elles doivent le fouler ; au besoin, l'insufflation pourrait se faire avec la bouche.

Tubes à succion. Ces tubes qui, ainsi que leur nom l'indique, ont pour but d'aspirer l'air et le pus situé au fond d'une plaie, à l'aide d'une ventouse, sont applicables au pansement des moignons dans les amputations des membres, au traitement des anus contre nature. Le contact du caoutchouc n'est nullement irritant pour les plaies ; nous avons vu à l'hôpital Saint-Antoine M. Chassaignac, dans un cas d'abcès situé profondément sous l'angle de l'omoplate, substituer avec un grand avantage un de ces tubes aux mèches ordinaires; à dater du moment de cette substitution la cicatrisation marcha avec rapidité. Enfin, dans une dernière catégorie on peut ranger une foule d'appareils divers, dont, sans répondre aux grandes indications de l'art chirurgical, les uns fournissent aux médecins une foule de ressources précieuses pour la pratique, les autres rendent aux malades des services signalés.

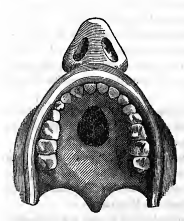
Urinal. Espèce de petit sac imperméable, dont le poids ne dépasse pas 7 grammes. Son ouverture, d'un diamètre plus petit que l'organe sur lequel il doit prendre un premier point d'appui, est garnie d'une petite bande de caoutchouc très-élastique, semblable à celle dont est garnie l'entrée des gants de tissu, pour les maintenir autour des poignets. Outre ce petit moyen de contention, destiné surtout à prévenir l'épanchement du liquide, la partie supérieure de l'urinal présente deux petites anses qui permettent de fixer l'appareil à un suspensoir. A la partie inférieure du tube existe un robinet de décharge qui permet de vider l'urinal, sans déranger l'appareil.

Vessies à glace. Fabriquées en caoutchouc, elles ne laissent point transsuder l'eau, ne donnent pas lieu à l'odeur insupportable que les vessies ordinaires développent après quelques heures d'application. Leur volume doit varier suivant qu'on veut agir sur toute la tête, ou limiter l'action du froid à une région spéciale. M. Chassaignac a substitué avec avantage ces petites vessies à l'espèce de masque que nous avons décrit récemment pour le traitement des inflammations traumatiques des yeux. Au moyen de deux attaches, on peut les fixer solidement. M. Robert a aussi expérimenté ces vessies dans un cas de résection du maxillaire supérieur pratiquée à l'hôpital Beaujon, et a été très-satisfait de leur emploi. A l'aide de deux siphons, il serait facile d'établir dans l'intérieur de ces vessies un courant continu d'eau froide.

Ampoules destinées à chasser les poudres (Pyxides). Dans les

cas d'inflammation chronique ou de granulations de l'arrière-gorge, on s'est bien trouvé de l'emploi topique de la poudre d'alun que l'on projetait sur les surfaces malades à l'aide d'un tube de verre. Lorsque le praticien n'en a pas l'habitude, il lui arrive quelquefois qu'en voulant amasser une plus grande quantité d'air pour fournir à l'expulsion du médicament, il inspire en tenant le tube à la bouche et aspire alors la poudre destinée au malade; puis ce mode de pansement n'est pas convenable. Quand ce sont des granulations du col utérin que l'on veut traiter par le même moyen, et si l'on substitue la poudre de nitrate d'argent à l'alun, l'accident que nous venons de signaler, et dont nous avons été plusieurs fois témoin, serait plus grave. Ce seul motif nous porte à signaler un petit appareil fort simple que M. Garriel a fait fabriquer pour porter les poudres médicamenteuses dans le fond des cavités; ce sont deux petites vessies ou ampoules, que l'on fixe aux deux extrémités d'un tube quelconque; l'une de ces ampoules est insufflée, l'extrémité de l'autre est repoussée de façon à former un godet. C'est dans cette cavité que l'on place la poudre que l'on veut projeter, et lorsque cette extrémité est portée à 3 ou 4 centimètres de l'organe malade, la simple pression de la vessie insufflée, en faisant passer l'air dans l'ampoule en go det, déploie celle-ci avec une force assez grande pour que la poudre qu'elle contenait soit chassée et portée en entier sur le point malade.

Obturateur. Enfin, pour montrer la variété des indications que peut remplir le caoutchouc, M. Garriel nous a fait voir un malade portant un obturateur fabriqué avec ce produit. Rien de plus simple que cet appareil; la plaque palatine représentée dans la figure ci-contre est tellement mince, qu'elle ne pèse pas plus qu'une plaque en métal. Sa forme on l'a vu, (p. 551, est celle d'un double bouton, f. B).



Nous ne poursuivrons pas davantage dans ses détails l'application que le caoutchouc vulcanisé offre à la chirurgie; ce que nous venons d'en dire suffira pour prouver les ressources infinies qu'il présente; car, nous ne craignons pas de le répéter, une des qualités immenses de cette substance protéiforme est de se prêter presque instan-

tanément aux indications spéciales qui surgissent à chaque instant dans la pratique. Du reste cette application de la vulcanisation n'en est encore qu'à ses premiers essais. Avec le concours empressé que lui prêtent la plupart des membres de la Société de chirurgie, qui ont saisi de suite la portée de cette découverte, avec la vulgarisation que nous n'hésitons pas à donner aux tentatives dont nous avons été le témoin, nul doute que le cercle de ses applications ne s'élargisse encore. Nous reviendrons, on le pense bien, sur ce sujet intéressant.

Délire nerveux prenant pour dernière forme le type rémittent et cédant à l'usage du sulfate de quinine. — Les indications que présentent les maladies des centres nerveux sont plus variées et souvent plus difficiles à saisir que celles des affections de beaucoup d'autres parties. Ces réflexions nous sont suggérées par plusieurs faits soumis en même temps à notre observation dans le service de M. Martin Solon. Le premier cas est celui d'un charpentier âgé de quarante-quatre ans, d'une assez forte constitution, habituellement adonné à l'ivrognerie; cet homme, à la suite de deux journées, pendant lesquelles il fait un usage immodéré d'eau-de-vie et de café, se trouvant indisposé, est admis le 9 octobre à l'Hôtel-Dieu, et placé au nº 16 de la salle Saint-Benjamin. Nous le trouvons le lendemain dans l'état suivant : un sentiment de faiblesse des membres inférieurs qui avait existé la veille s'est complétement dissipé; les membres supérieurs sont atteints de tremblements qui n'incommodent pas le malade; celui-ci se plaint seulement de céphalalgie sus-orbitaire; sa langue est saburrale, sa bouche amère et pâteuse; il a du dégoût pour les aliments, peu de soif, point de fièvre, bien que son pouls ait une certaine dureté et qu'un peu de courbature générale se fasse sentir. (Limonade, une bouteille d'eau de Sedlitz; diète.)

Le lendemain matin, le malade conservant son tremblement se trouve assez bien; mais dans l'après-midi, il est pris d'un accès de délire furieux; on est obligé de le contenir avec la camisole de force.

Le 11, point de symptômes saburraux marqués, point de fièvre; agitation, tremblement des membres, une grande loquacité. (Julep avec 15 gouttes de liqueur d'Hoffmann et 25 gouttes de laudanum, un quart de lavement additionné de 10 gouttes de laudanum.

Après une journée assez tranquille, le délire furieux reparaît pendant la soirée, et dure toute la nuit.

12. Point de fièvre; le malade est encore maintenu à l'aide de la camisole, il répond avec justesse quand on fixe vivement son attention. On craint qu'après la rémission il ne survienne une nouvelle

exacerbation, et l'on prescrit un gramme de sulfate de quinine en huit prises, une d'heure en heure. L'exacerbation du soir est moindre.

13. La nuit a été assez tranquille, le sommeil accompagné d'un peu de sueur. Ce matin, faible agitation des membres, un peu de loquacité. (Continuation du sulfate de quinine.)

14. Le malade a pris le sulfate de quinine prescrit; il se trouve assez bien; l'agitation est moindre, point de loquacité. (Continuation du sulfate de quinine.)

Le lendemain et les jours suivants, l'amélioration va toujours croissant. Des aliments sont promptement accordés, et le sulfate de quinine seul continué pendant quelques jours, en en diminuant graduellement la dose.

Etourdissement, contracture des membres, usage favorable du suc de belladone et de la liqueur d'Hoffmann. — Un artiste dramatique, âgé de vingt-huit ans, d'une constitution sèche et nerveuse, se livre avec excès, depuis deux ans, à ses penchants vénériens; il ne contracte que quelques blennorrhagies, dont une accompagnée d'orchite, et qui n'eut pas d'autres suites. Sans autre cause que ses excès, cet homme éprouve en allant à la garderobe, et souvent pendant la nuit, avec ou sans érection, des éjaculations abondantes. En même temps, sa tête devient lourde, pesante; il éprouve de temps en temps de la somnolence, et quelquefois des étourdissements avec élancements dans les tempes; souvent, pendant son sommeil, il lui semble qu'il est enlevé et soutenu dans l'air. Bientôt aussi les mouvements deviennent difficiles par la rétraction des membres. Souffrant un peu du besoin, et ne pouvant d'ailleurs se soigner, cet homme se rend à l'Hôtel-Dieu.

Il est couché le 20 septembre au n° 19 de la salle Saint-Lazare. Nous le trouvons dans un état d'émaciation remarquable et le visage pâle. Il accuse un léger mal de gorge qui offre peu d'intérêt; il se plaint surtout de céphalalgie, de sommeil lourd ou fatigant, et de difficulté dans les mouvements; l'extension des doigts est difficile et incomplète, et pendant les efforts du malade, au lieu de suivre une ligne verticale, les doigts sont vacillants et s'écartent les uns des autres. Leur flexion est également faible et incomplète, on s'en assure en se faisant serrer la main. Le malade ne peut marcher, à cause de la rétraction de ses orteils dans le sens de la flexion et de la faiblesse des membres inférieurs. Quand on examine sa progression, il semble que ses pieds posent sur des charbons ardents ou sur des lames tranchantes, et qu'il est obligé de les relever à chaque instant sans avoir fait un pas complet; il est vacillant dans tous les sens et ne peut tenir son équilibre. Les

membres sont le siége de fourmillements et de picotements; il semble au malade qu'ils se détendent comme des ressorts. La sensibilité de la peau est dans certains points exagérée et presque abolie dans d'autres. Ces différents symptômes sont un peu plus prononcés à droite qu'à gauche, offrent plus d'intensité dans les membres supérieurs que dans les inférieurs ; mais dans certains moments on observe des dispositions opposées. Point de fièvre, sens et appareil digestif dans un état satisfaisant.

A quelle maladie rapporter cet état? Une congestion cérébrale sanguine? La conjonctive oculaire non injectée, le facies pâle et la faiblesse générale écartaient cette supposition. A l'anémie? L'aspect du malade pouvait le faire penser ; mais on ne retrouvait ni au cœur, ni dans les artères carotides les signes qui caractérisent cette maladie. L'absence de tout mouvement fébrile ou de surexcitation empêchait d'admettre une disposition phlegmasique.

La mobilité des symptômes, qui tantôt existaient par instant à droite et tantôt à gauche, ne permettait pas de s'arrêter à la pensée de l'existence d'un ramollissement cérébral, ni d'une irritation des membranes cérébro-spinales que la contracture habituelle des membres aurait fait admettre volontiers. Tenant compte des causes affaiblissantes provenant des excès vénériens et de la misère, appréciant les symptômes existants et l'exclusion des différentes maladies auxquelles on aurait été tenté de les rapporter, M. Martin Solon conclut à la probabilité d'une altération dynamique et non matérielle ou appréciable de l'encéphale, et se propose de ramener l'organe à son état normal à l'aide de la belladone. Il en commence l'usage en prescrivant trois gouttes de suc de cette plante dans un julep béchique à prendre en trois fois pendant la journée. (Ce suc exprimé de la plante fraîche, et recouvert de quelques gouttes d'éther sulfurique, conserve toutes les propriétés du végétal récent. Cette préparation importante due à M. Bouchardat mérite l'attention des praticiens.) Une infusion de fleurs de tilleul est donnée en tisane; les deux cinquièmes de la portion alimentaire complètent la prescription.

Les deux jours suivants, le malade éprouve une amélioration des plus marquées. La tête est moins pesante, la marche beaucoup plus facile par la diminution de la contracture des orteils; le mouvement normal des mains se rétablit sensiblement. Même prescription.

En se promenant au jardin le troisième jour, après avoir descendu quatre étages, le malade se ressent de syncope dont il avait été déjà plusieurs fois atteint. On ajoute à la prescription soixante-neuf grammes de sous-carbonate de fer, et l'on porte à quatre gouttes la dose du suc de belladone.

24 et 25 septembre. Continuation de l'amélioration des symptômes cérébraux, les éjaculations persistent. Pour en connaître la nature par l'examen microscopique, et savoir si le liquide est du sperme ou de l'humeur prostatique, on prie le malade de recueillir le fluide à l'aide d'un linge. Il se prête de mauvaise grâce à cette demande et ne parle plus de ses pertes.

26 septembre. Retour des étourdissements, des fourmillements et de la rétraction des membres, constipation depuis deux jours; une bouteille d'eau de Sedlitz, dix ventouses légèrement scarifiées le long de la colonne spinale, continuation de la belladone, suppression du fer.

27 septembre. Le malaise a augmenté après l'application des ventouses: une nouvelle syncope a eu lieu. Le malade se plaint d'un sentiment de constriction de la poitrine très-pénible. Il prend les aliments avec plaisir; on élève à 5 gouttes la dose de belladone, et l'on ajoute à la potion dix gouttes de liqueur d'Hoffmann.

28. Les accidents des deux jours précédents se dissipent; l'amélioration reprend son cours.

Les symptômes vont en diminuant les jours suivants, et le 20 octobre la marche est devenue normale; le 4 novembre cet artiste retourne au théâtre pour y reprendre son service.

Hémorrhagie cérébrale, hémiplégie; saignées, purgatifs, séton au col; point d'amélioration. — A la même époque, on coucha au nº 10 de la salle Saint-Benjamin un garçon de magasin, âgé de soixante-six ans, qui depuis huit jours avait été pris de paralysie après une perte de connaissance prolongée. En l'examinant, on lui trouvait le visage injecté, les muscles du côté gauche de la face relâchés; ceux du côté droit conservaient leur contractilité normale. La langue sortait facilement de la bouche en suivant une *ligne droite;* mais elle se portait vers la commissure gauche des lèvres lorsque le malade la faisait rentrer dans la cavité buccale. Le bras gauche était paralysé; la jambe, de ce côté, conservait encore un peu de myotilité; la sensibilité était moins prononcée à gauche qu'à droite; la parole était difficile; le cœur et le pouls, ainsi que l'appareil digestif conservaient leur état normal. C'était la première fois que le malade éprouvait semblable accident; il ne savait à quelle cause le rapporter. Une saignée du pied fut imparfaite, on la compléta en ouvrant une veine du bras. Le tartre stibié en lavage et quelques purgatifs salins constituèrent le traitement des premiers jours. Le malade semblait acquérir plus de facilité à s'exprimer et à mouvoir son bras gauche, lorsque, le cinquième jour de son entrée, il fut pris de délire furieux et de fièvre. De relâché qu'il était,

le bras gauche présenta un peu de raideur ou de résistance qu'il opposa aux mouvements qu'on lui imprimait. Craignant qu'une phlegmasie ne se développât dans la substance cérébrale autour du caillot apoplectique, ou vers les méninges voisines, M. Martin Solon prescrivit une nouvelle saignée générale, des sangsues à la base du crâne, 60 centigrammes de calomelas et 15 grammes d'huile de ricin.

Ce ne fut qu'après plusieurs jours de la continuation du calomélas que le délire cessa. La paralysie était alors tout aussi considérable que le jour d'entrée du malade, mais sans raideur et sans contracture. La tendance au retour du mouvement n'existait plus. Séton à la nuque.

Huit jours après, cet homme avait recouvré l'appétit ; sa santé paraissait satisfaisante, mais la paralysie restait dans le même état. On attendait le moment opportun pour donner la strychnine à l'intérieur.

Chez ce troisième malade la lésion était évidemment matérielle, organique; la thérapeutique ne put qu'en arrêter l'aggravation. Il est permis d'espérer, s'il ne survient point quelque nouvel effort hémorrhagique, que la résorption du premier caillot favorisera le retour plus ou moins complet des mouvements du côté gauche. Mais, en attendant, le malade restera impotent à l'hôpital, et ses deux camarades, atteints seulement de lésions dynamiques, ont pu depuis longtemps reprendre leurs occupations.

Nouveau fait de réduction d'une luxation de la mâchoire inférieure par le procédé de M. Nélaton. — Depuis que nous avons publié le travail de M. Nélaton, cet habile chirurgien a eu l'occasion d'appliquer la modification de son procédé que nous avons rapporté ; seulement il en a simplifié le manuel, en se plaçant derrière la tête du malade, et se servant de l'extrémité des doigts indicateurs pour réduire, tandis que les pouces prenaient un point d'appui sur les régions mastoïdiennes. A ce titre, ce fait mérite donc d'être signalé; mais il porte encore un autre enseignement, c'est d'avoir soin, si l'on ne veut pas échouer, de se bien rendre compte des indications qu'un procédé tend à remplir, avant d'en faire l'application.

Voici le fait : un homme âgé de soixante-douze ans, privé de toutes ses dents, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, avec une luxation des deux condyles de la mâchoire. C'est la première fois que cet accident lui arrive ; il s'est produit pendant un bâillement, sans aucune douleur, si bien que le malade ne s'en est aperçu que parce qu'il ne pouvait plus fermer complétement la bouche. Nous n'insisterons pas sur les signes caractéristiques de la luxation : écartement des mâchoires, saillie du menton, dépression au devant des conduits audi-

tifs externes, tiraillement des muscles releveurs de la mâchoire, aplatissement des joues, parole embarrassée, déglutition devenue impossible et contraignant la salive à couler sur les côtés de la bouche ; nous les avons notés dans les observations précédentes.

Lorsque cet homme s'est présenté à l'hôpital, il y avait quelques heures seulement que l'accident s'était produit. Les élèves internes, après s'être assurés de la présence du sommet de l'apophyse coronoïde au devant de la tubérosité des os malaires, devaient naturellement tenter la réduction suivant l'indication de M. Nélaton, c'est-à-dire en appliquant dans la bouche les pouces sur le bord intérieur de l'apophyse coronoïde, le plus haut possible, et en poussant presque directement en arrière, en même temps qu'ils engageaient le malade à écarter les mâchoires le plus possible. Une force assez grande, dit M. Vassor, fut employée, et à plusieurs reprises, sans succès, mais non sans douleur. On essaya alors du procédé classique avec les pouces placés sur le maxillaire inférieur ; on obtint seulement un léger mouvement du condyle, mais la réduction ne put être effectuée. Le malade fut enfin conduit à M. Nélaton, qui, se plaçant derrière le malade, prit avec les pouces un point d'appui sur les régions mastoïdiennes, et plaça l'extrémité des index sur le sommet des apophyses coronoïdes que l'on sentait très-distinctement à travers l'épaisseur des joues. Puis, commandant au malade d'ouvrir la bouche, ce chirurgien exerça en même temps une légère pression de haut en bas et d'avant en arrière, directement sur le bec coronoïdien. Un léger bruit fut produit ; les condyles avaient repris leur place, le visage du patient sa configuration normale, et la bouche ses fonctions.

Cette réduction fut si prompte et si facile à opérer, que M. Vassor, en quittant M. Nélaton, lui disait que ses collègues n'ajouteraient jamais foi à son récit lorsqu'il leur raconterait ce qui s'était passé. Quant au malade, la pression à l'extérieur des joues avait été si légère qu'il croyait que sa mâchoire s'était remise en place toute seule.

D'où vient donc qu'on n'avait pas réussi tout d'abord ? C'est que dans les tentatives on n'avait pas porté l'extrémité des pouces assez haut, et que la pression, s'exerçant alors d'avant en arrière, tendait à rapprocher davantage le sommet des apophyses coronoïdes des os malaires, au lieu de le dégager ; plus la force employée est grande dans cette circonstance, plus elle s'oppose à ce qu'on bénéficie du mouvement spontané de la mâchoire inférieure. Nous ne devons pas craindre de le rappeler, car c'est la clef du procédé de réduction indiqué par M. Néton : profiter du moment où le malade, en ouvrant la bouche, relâche les muscles élévateurs de la mâchoire pour presser légèrement sur le

sommet de l'apophyse coronoïde, et le repousser en bas et en arrière. Un coup d'œil jeté de nouveau sur la première des figures (page 401) que nous avons données, permettra de se bien rendre compte de la valeur de cette indication.

VARIÉTÉS.

Le choléra n'a pas encore entièrement abandonné la France ; mais il a tellement restreint ses progrès, que nous devons nous attendre à le voir bientôt s'éteindre. A Lyon même, où il a éclaté dans les premiers jours de décembre, il a disparu à partir du 20 de ce mois, et tout fait croire que, d'ici à peu de jours, on n'en entendra plus parler nulle part. Au moment d'en parler nous-même pour la dernière fois, nous croyons devoir faire toutes nos réserves relativement à une idée qui tend à se généraliser parmi les masses, et que bon nombre de médecins prennent sous leur patronage, c'est que nous sommes débarrassés pour longues années du fléau asiatique. Les mêmes inductions qui nous avaient fait prévoir, en quelque sorte mathématiquement, la venue du choléra au mois de mars dernier, nous font craindre qu'au printemps prochain l'épidémie ne reparaisse encore. C'est une erreur de croire que les épidémies se terminent brusquement et sans retour ; elles peuvent s'assoupir momentanément devant les rigueurs de la saison froide ; mais, lorsqu'elles n'ont pas passé par des péripéties décroissantes, il est à craindre que leur terminaison ne soit pas complète et radicale, et, les mêmes causes qui les ont développées n'étant pas entièrement épuisées, elles reparaissent sous l'influence de circonstances plus favorables.

Des promotions nombreuses viennent d'être faites dans l'ordre de la Légion-d'Honneur parmi les médecins de l'armée d'Afrique, à l'occasion des services qu'ils ont rendus durant l'invasion du choléra en Afrique. Ont été nommés officiers : MM. Léonard, médecin principal aux ambulances de l'Afrique ; Froment, chirurgien-major à l'hôpital de Marseille. Chevaliers : MM. Loyer, J. Lagrave, Martin et Ganderax, médecins ; Suving, chirurgien aide-major ; Chapelinck et Ely, chirurgiens sous-aides ; tous employés aux ambulances de l'Algérie ; Triplon, infirmier-major à l'hôpital de Marseille ; Birebent, infirmier, soldat de première classe aux ambulances de l'Algérie.

L'Académie de médecine a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1850. M. Bricheteau a été proclamé président ; M. Orfila, vice-président ; M. Gibert a été réélu secrétaire annuel.

Le concours pour les prix de l'internat et de l'externat est terminé. Voici les noms des lauréats : Internes de première classe (3e et 4e années) : médaille d'or, M. Triquet ; médaille d'argent, M. Béraud. Internes de deuxième classe (1re et 2e années) : médaille d'argent, M. Legendre ; accessit, M. Leudet ; mentions honorables, MM. Becquet et Galet. — Prix de l'externat : premier et deuxième prix, MM. Duménil et Muret ; mentions honorables, MM. Toubin et Rouget.

Les élèves externes des hôpitaux dont les noms suivent viennent d'être nommés internes à la suite du dernier concours : MM. Duménil, Muret, Toubin, Rouget, Combessis, Landry, Moreau, Gosset, Astrié, Béchet, Maingault, Laboulbène, Archambault, Martelière, Thibierge, Roussin, Bauchet, Dillar, Dutar, Briffault, Daubeuf, Duffour, Boucart, Boulay. — Internes provisoires : MM. Moynier, Grandmolet, Dubacquié, Rambault, Barnier, Merlan, Pinault, Duclos, Dugué, Géry, Porchat, Vincent, Magnac, Roché, Dal-Piaz, Schnepf, Lefèvre, Jourdan, Hamon, Bacquias.

TABLE DES MATIÈRES

DU TRENTE-SEPTIEME VOLUME.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

L.

M.

N.

O.

P.

S.

T.

U.

V.

FIN DE LA TABLE ET DU TOME VINGT-SEPTIÈME.



Imprimerie de HENNUYER et Ce, rue Lemercier, 24. Batignolles.